



ESCUELA DE DOCTORADO
INTERNACIONAL EN CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA USC

Rebeca
Diéguez Méndez

Tesis doctoral

Estudio médico-legal de la
violencia de género: análisis
de la calidad y conveniencia
de los partes de lesiones

Santiago de Compostela, 2019



CENTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS
DE DOUTORAMENTO E AVANZADOS
DA USC (CIEDUS)

TESIS DOCTORAL

ESTUDIO MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y CONVENIENCIA DE LOS PARTES DE LESIONES

Rebeca Diéguez Méndez

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL
PROGRAMA DE DOCTORADO EN AVANCES Y NUEVAS ESTRATEGIAS
EN CIENCIAS FORENSES

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2019





DECLARACIÓN DE LA AUTORA DE LA TESIS

Estudio médico-legal de la violencia de género: análisis de la calidad y conveniencia de los partes de lesiones

Dña. Rebeca Diéguez Méndez

Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento, y declaro que:

- 1) La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.*
- 2) En su caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.*
- 3) La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide con la versión enviada en formato electrónico.*
- 4) Confirmando que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.*

En Santiago de Compostela, a 4 de octubre de 2019

Fdo. Rebeca Diéguez Méndez





AUTORIZACIÓN DE LA DIRECTORA DE LA TESIS

**Estudio médico-legal de la violencia de género: análisis
de la calidad y conveniencia de los partes de lesiones**

Dña. María Sol Rodríguez Calvo

INFORMA:

*Que la presente tesis, corresponde con el trabajo realizado por Dña. **Rebeca Diéguez Méndez**, bajo mi dirección, y autorizo su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como directora de ésta no incurre en las causas de abstención establecidas en Ley 40/2015.*

En Santiago de Compostela, a 4 de octubre de 2019

Fdo. María Sol Rodríguez Calvo



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la subdelegación territorial de Pontevedra del Instituto de Medicina Legal de Galicia y a los juzgados de Cangas, Cambados, Marín y Caldas, por permitirme acceder a la información de sus archivos. En especial, quiero dar las gracias a Marta Medrano Varela, por su disposición para acercarme a la violencia de género desde el ámbito forense y su ayuda para el acceso y recopilación de la información.

Quiero agradecer muy especialmente a mi tutora y directora, María Sol Rodríguez Calvo, por permitirme realizar este trabajo bajo su dirección. Su dedicación, orientación y apoyo han sido fundamentales para llevar a cabo este estudio. También quiero agradecer a Isabel María Martínez Silva, por guiarme con los cálculos estadísticos de la investigación.

Reconozco la participación del alumnado de la Universidad de Santiago de Compostela y del personal sanitario de las áreas sanitarias de A Coruña, Santiago de Compostela y Vigo, por su cumplimentación de las encuestas.

Finalmente, quiero dar las gracias a mi familia por su apoyo y paciencia a lo largo de todo este tiempo.

Gracias.



RESUMEN

La violencia de género es un serio problema social que afecta a mujeres en diferentes países y culturas. Está reconocida como un problema de salud pública de primera magnitud, con gran demanda asistencial, por lo que el personal sanitario debe estar preparado para responder de forma efectiva y segura. Entre sus responsabilidades se incluye comunicar a la autoridad judicial los casos de maltrato. Asimismo, es importante evitar los estereotipos sobre las mujeres maltratadas, ya que pueden afectar negativamente a la atención que reciban. Los objetivos del presente estudio han sido conocer el grado de cumplimiento y la calidad de los partes de lesiones elaborados en casos de violencia de género, y conocer las opiniones y actitudes del alumnado universitario y de los/las profesionales sanitarios/as.

Tras el análisis de los datos incluidos en una muestra representativa de documentos, pudimos conocer que predominaron las mujeres menores de 50 años, españolas, casadas y con un trabajo remunerado. La mayoría fueron agredidas físicamente por sus todavía parejas sentimentales, en lugares privados, lo que les ocasionó contusiones, localizadas sobre todo en miembros superiores y cara. Tras el evento abusivo buscaron atención sanitaria, preferentemente en los servicios de urgencias, el mismo día de la agresión y durante la noche. En más del 90% de los casos se pudo establecer el nexo causal entre las lesiones y su origen, referido por la paciente, frecuentemente sin tiempo impeditivo ni secuelas, con una curación estimada entre 5 y 8 días.

La mayoría de los partes de lesiones tenían una calidad media, establecida objetivamente a partir de las puntuaciones obtenidas tras la aplicación de los baremos. Las deficiencias más extendidas estaban

relacionadas con la referencia a los antecedentes de maltrato, a si la paciente acude sola o acompañada y a la descripción de las lesiones. Un elevado porcentaje de documentos contenían una letra difícilmente legible y presentaban abreviaturas. Los documentos de calidad alta eran en mayor medida partes de lesiones normalizados, elaborados en atención primaria. Por otra parte, había más informes médicos, elaborados en el ámbito hospitalario, con una calidad baja. La mejor cumplimentación de los datos tiene relación con la estructura de los documentos, y pone de manifiesto la importancia de contar con un documento estándar, que facilite al personal sanitario los epígrafes necesarios para una correcta comunicación del caso.

El estudio por encuesta de las opiniones y actitudes ante la violencia de género mostró que el alumnado universitario refirió mayor formación en el tema que los/las profesionales sanitarios/as y tenía opiniones adecuadas. La baja formación entre profesionales de la salud es coherente con la sensación de falta de preparación para tratar el problema y el desconocimiento de los protocolos de actuación o los recursos disponibles. Además, la escasa cualificación también puede explicar los bajos datos de elaboración de partes de lesiones, a pesar de conocer su obligatoriedad, así como la reticencia a preguntar a las mujeres sobre la violencia de género.

Los resultados obtenidos muestran la necesidad de mejorar la formación y sensibilización en violencia de género, a nivel de grado y postgrado, haciendo hincapié en el importante papel clínico y médico-legal de los/las profesionales sanitarios/as.

Palabras clave: violencia contra la mujer, violencia de género, violencia de pareja, parte de lesiones, opiniones, actitudes, alumnado universitario, profesionales sanitarios.

RESUMO

A violencia de xénero é un serio problema social que afecta a mulleres en diferentes países e culturas. Está recoñecida como un problema de saúde pública de primeira magnitude, cunha gran demanda asistencial, polo que o persoal sanitario debe estar preparado para responder de maneira efectiva e segura. Entre as súas responsabilidades inclúese comunicar á autoridade xudicial os casos de maltrato. Asemade, é importante evitar os estereotipos sobre as mulleres maltratadas, xa que poden afectar negativamente á atención que reciban. Os obxectivos do presente estudo foron coñecer o grao de cumprimento e calidade dos partes de lesións elaborados en casos de violencia de xénero, e coñecer as opinións e actitudes do alumnado universitario e dos/das profesionais sanitarios/as.

Tras a análise dos datos incluídos nunha mostra representativa de documentos, puidemos coñecer que predominaron as mulleres menores de 50 anos, españolas, casadas e cun traballo remunerado. A maioría foron agredidas fisicamente polas súas aínda parellas sentimentais, en lugares privados, o que lles ocasionou contusións, localizadas sobre todo en membros superiores e cara. Tras o evento abusivo buscaron atención sanitaria, preferentemente nos servizos de urxencias, o mesmo día da agresión e durante a noite. En máis do 90% dos casos púidose establecer o nexo causal entre as lesións e a súa orixe, referida pola paciente, habitualmente sen tempo impedido nin secuelas, cunha curación estimada entre 5 e 8 días.

A maioría dos partes de lesións tiñan unha calidade media, establecida obxectivamente a partir das puntuación obtidas tras a aplicación dos baremos. As deficiencias máis frecuentes estaban relacionadas coa referencia ós antecedentes de maltrato, a si a paciente

acude soa ou acompañada e a descrición das lesións. Unha elevada porcentaxe de documentos contiñan unha letra dificilmente lexible e presentaban abreviaturas. Os documentos de calidade alta eran en maior medida partes de lesións normalizados, elaborados en atención primaria. Por outra parte, había máis informes médicos, elaborados no ámbito hospitalario, cunha calidade baixa. A mellor cumprimentación dos datos ten relación coa estrutura dos documentos, e pon de manifesto a importancia de contar cun documentos estándar, que facilite ó persoal sanitario os epígrafes necesarios para unha correcta comunicación do caso.

O estudo por enquisa das opinións e actitudes ante a violencia de xénero amosou que o alumnado universitario referiu maior formación no tema que os/as profesionais sanitarios/as e tiña opinións adecuadas. A baixa formación entre profesionais da saúde é coherente coa sensación de falta de preparación para tratar o problema e o descoñecemento dos protocolos de actuación ou os recursos dispoñibles. Ademais, a escasa cualificación tamén pode explicar os baixos datos de elaboración de partes de lesións, a pesar de coñecer a súa obrigatoriedade, así como a reticencia a preguntar ás mulleres sobre a violencia de xénero.

Os resultados obtidos mostran a necesidade de mellorar a formación e sensibilización en violencia de xénero, a nivel de grao e posgrao, facendo fincapé no importante papel clínico e medicolegal dos/das profesionais sanitarios/as.

Palabras chave: violencia contra a muller, violencia de xénero, violencia de parella, parte de lesións, opinións, actitudes, alumnado universitario, profesionais sanitarios.

ABSTRACT

Gender violence is a serious social problem that affects women in different countries and cultures. It is recognized as a main public health problem, with a high demand for health care. Therefore, health professionals must be prepared to respond effectively and safely. Report of these cases to the judicial authority is among their responsibilities. It is also relevant to avoid stereotypes about battered women, which may negatively affect the care they receive. The aims of this study have included the investigation of the degree of compliance and the quality of injury reports in cases of gender-based violence, as well as the opinions and attitudes of university students and health professionals.

From the data included in a representative sample of reports, we were able to know that most women were under 50 years old, Spanish, married and with a paid job. Most were physically assaulted by their current sentimental partners, in private places, causing them bruises, located mainly on the upper limbs and face. After the abusive event they sought health care, preferably in the emergency services, on the same day of the assault and at night. In more than 90% of cases it was possible to establish the causal link between injuries and their origin, the majority without impediment or consequences, and with an estimated healing time between 5 and 8 days.

Most of mandatory reporting documents had medium quality, objectively established from the scores obtained after application of scales. The main deficiencies among documents were related to the history of abuse, to whether the patient comes alone or accompanied and to injury description. A high percentage of documents had an illegible letter and abbreviations. High quality documents were mostly

standardized injury reports, developed in primary care. On the other hand, there were more medical reports, prepared in the hospital setting, with low quality. The best completion of data is related to the structure of the documents, and highlights the importance of having a standard document, that provides health professionals with the necessary headings for a correct communication of the case.

The survey-based study about opinions and attitudes towards gender-based violence showed that university students reported more specific training than health professionals and had adequate opinions. The low training of health professionals is consistent with the feeling of lack of preparation to deal with the problem and ignorance of the protocols or available resources. In addition, low qualification can also explain the low data of injury reporting, despite knowing their mandatory nature, as well as the reluctance to ask women about gender-based violence.

The results obtained show the need to improve training and awareness in gender violence, at the undergraduate and postgraduate level, emphasizing the important clinical and medical-legal role of health professionals.

Keywords: violence against women, gender violence, intimate partner violence, mandatory reporting, opinions, attitudes, university students, health professionals.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	19
------------------------------------------------	-----------

1. INTRODUCCIÓN.....	23
-----------------------------	-----------

1.1 DEFINICIONES	23
------------------------	----

1.2 LEGISLACIÓN	28
-----------------------	----

1.2.1 Normativa internacional	29
-------------------------------------	----

1.2.2 Normativa nacional.....	39
-------------------------------	----

1.2.3 Normativa autonómica.....	51
---------------------------------	----

1.3 EPIDEMIOLOGÍA	58
-------------------------	----

1.4 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	64
---------------------------------------------------	----

1.4.1 Consecuencias físicas	66
-----------------------------------	----

1.4.2 Consecuencias sexuales y reproductivas	68
----------------------------------------------------	----

1.4.3 Consecuencias psicológicas	69
----------------------------------------	----

1.4.4 Consecuencias sociales	72
------------------------------------	----

1.4.5 Consecuencias en otras personas	72
---------------------------------------------	----

1.5 ACTUACIÓN SANITARIA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO ...	73
-------------------------------------------------------	----

1.5.1 Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género	79
----------------------------------------------------------------------------------------	----

1.5.2 Guía técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género.....	87
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

1.6 EL PARTE DE LESIONES	88
--------------------------------	----

1.6.1 Carácter obligatorio y finalidad de su elaboración	89
----------------------------------------------------------------	----

1.6.2 Contenido, estructura y tramitación	92
-------------------------------------------------	----

1.6.3 Dilema ético.....	99
-------------------------	----

1.7 OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	102
----------------------------------------------------------------	-----

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVOS	111
----------------------------------------------------	------------

2.1 JUSTIFICACIÓN	111
-------------------------	-----

2.1.1 Valoración de los partes de lesiones	111
--------------------------------------------------	-----

2.1.2 Opiniones y actitudes ante la violencia de género	112
---------------------------------------------------------------	-----

2.2 OBJETIVOS	114
---------------------	-----

3. MATERIAL Y MÉTODOS..... 119

PARTE I. VALORACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES 119

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	119
3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	119
3.3 VARIABLES ESTADÍSTICAS.....	120
3.3.1 Análisis de los casos de violencia de género.....	120
3.3.2 Análisis de la cumplimentación de los documentos.....	133
3.4. PROCEDIMIENTO	136
3.4.1 Recogida de información y elaboración de la base datos.....	136
3.4.2 Elaboración y aplicación de los baremos de calidad	136
3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	139

PARTE II. OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO 140

3.6 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	140
3.7 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	140
3.7.1 Alumnado universitario.....	140
3.7.2 Profesionales sanitarios.....	140
3.8 ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS	142
3.8.1 Cuestionario para alumnado universitario.....	142
3.8.2 Cuestionario para profesionales sanitarios	144
3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	145
3.10 ASPECTOS ÉTICOS	146
3.11 MEDIOS.....	148
3.12 CONFLICTO DE INTERESES	148

4. RESULTADOS 151

PARTE I. VALORACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES 151

4.1 ANÁLISIS DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	151
4.1.1 Características de las mujeres y de los presuntos agresores....	152
4.1.2 Circunstancias del incidente y características de las lesiones .	156
4.1.3 Contexto y características de la atención sanitaria.....	163

4.1.4 Antecedentes de violencia de género y otros datos médico-legales	166
4.2 ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.....	169
4.2.1 Valoración según el tipo de documento.....	175
4.2.2 Valoración según el servicio asistencial	185
4.2.2.1 Atención primaria vs Atención hospitalaria	185
4.2.2.2 Atención urgente vs Atención programada	197
4.2.3 Valoración según los baremos de calidad.....	207
4.2.3.1 Aplicación del baremo de <i>García Minguito et al</i>	207
4.2.3.2 Aplicación del baremo propio	211
PARTE II. OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	215
4.3 ALUMNADO UNIVERSITARIO	215
4.3.1 Características de las personas encuestadas.....	215
4.3.2 Percepción de la violencia de género, los agresores y las víctimas.....	219
4.3.3 Actitudes frente a la denuncia y los servicios de apoyo a las víctimas.....	236
4.4 PROFESIONALES SANITARIOS	243
4.4.1 Características de las personas encuestadas.....	243
4.4.2 Opiniones y experiencia profesional en violencia de género..	246
4.4.3 Actitudes frente a la detección y actuación ante sospecha de violencia de género	254
5. DISCUSIÓN.....	273
PARTE I. VALORACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES	273
5.1 ANÁLISIS DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	273
5.2 ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.....	288
PARTE II. OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	298
5.3 ANÁLISIS DE LAS OPINIONES Y ACTITUDES DEL ALUMNADO UNIVERSITARIO	298

5.4 ANÁLISIS DE LAS OPINIONES Y ACTITUDES DE PROFESIONALES SANITARIOS	307
5.5 CONSIDERACIONES FINALES	316
5.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	319
5.6.1 Valoración de los partes de lesiones	319
5.6.2 Opiniones y actitudes ante la violencia de género	320
6. CONCLUSIONES	323
7. BIBLIOGRAFÍA	327
8. ANEXOS	353
ANEXO I: Cuestionario para el alumnado universitario.....	355
ANEXO II: Cuestionario para los/las profesionales sanitarios/as	359
ANEXO III: Aprobación del estudio por el Comité de Ética	363
ÍNDICE DE FIGURAS	367
ÍNDICE DE TABLAS	369

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- **CGPJ:** Consejo General del Poder Judicial
- **CP:** Código Penal
- **ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual
- **FRA:** “*European Union Agency for Fundamental Rights*” Agencia de la Unión Europea para los Derechos Fundamentales
- **IMELGA:** Instituto de Medicina Legal de Galicia
- **LO:** Ley Orgánica
- **NNUU:** Naciones Unidas
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PAC:** Punto de Atención Continuada
- **PL:** Parte de Lesiones
- **TEPT:** Trastorno por Estrés Postraumático
- **UE:** Unión Europea
- **USC:** Universidad de Santiago de Compostela
- **VCM:** Violencia Contra las Mujeres
- **VD:** Violencia Doméstica
- **VG:** Violencia de Género
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- **VP:** Violencia de Pareja
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano



1. Introducción





1. INTRODUCCIÓN

La **violencia de género** (VG) es la forma más frecuente de violencia hacia las mujeres a nivel mundial, considerada una grave violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, además de un problema de salud pública. Está relacionada con un modelo social patriarcal de desequilibrio, que ha generado una dominación y discriminación de las mujeres a favor de los hombres. Se trata de unos de los principales obstáculos para lograr una verdadera igualdad entre hombres y mujeres, que atenta contra la integridad, seguridad, dignidad, igualdad y libertad de la población femenina^{1,2}.

Su alta complejidad viene dada por la interacción de factores personales, sociales y culturales; y su gran importancia a nivel mundial radica, no solo en su alta incidencia, sino también en su impacto socio-familiar, económico y jurídico³.

1.1 DEFINICIONES

La **violencia contra las mujeres** (VCM) incluye múltiples tipos de abusos que abarcan todo el período vital, desde incluso la etapa prenatal hasta la ancianidad, empleándose diversos términos que tienen en cuenta diferentes aspectos de este problema. En el año 1993, las *Naciones Unidas* (NNUU) en su *Declaración sobre la eliminación de la VCM*¹, la definió como “*todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como*

en la vida privada”. De esta manera, en la mencionada *Declaración*¹, se describen las distintas manifestaciones de esa violencia, que pueden producirse en el ámbito familiar, de la comunidad o del Estado:

- **Violencia física**, que comprende cualquier agresión física, no accidental, que provoque o pueda provocar una lesión, daño o dolor. Se incluyen golpes, bofetadas, patadas, empujones, estrangulamiento, quemaduras o mordeduras, entre otros. Es la más visible, por lo que se reconoce en mayor medida y de una manera objetiva. Además, cualquier forma de violencia física, implica también violencia a nivel psicológico^{4,5}.
- **Violencia sexual**, producida por la imposición de un comportamiento sexual contra la voluntad de la mujer, a través de chantaje, amenaza o fuerza. Por lo tanto, incluye actos sexuales en los que exista contacto corporal, como son las relaciones sexuales forzadas o degradantes, pero también situaciones en las que no haya contacto corporal, en las que no se respete el derecho a una salud sexual y reproductiva adecuada, como acoso sexual, mensajes obscenos o la negación del derecho a usar medidas contraceptivas y de protección. Al igual que la violencia física, también lleva ocasionada violencia psicológica^{4,5}.
- **Violencia psicológica o emocional**, a través de insultos, humillaciones, vejaciones, culpabilidad, exigencia de obediencia, aislamiento social, privación de libertad, chantajes, amenazas, rechazo o abandono, entre otras manifestaciones. Suele prolongarse más en el tiempo que otras formas de violencia. Además, es menos visible, por lo que resulta más difícil de demostrar, e incluso en ocasiones las víctimas no son conscientes de ella, ya que atribuyen los hechos a algo normal en su relación de pareja o en el carácter del agresor. Dentro de

ésta podemos diferenciar la **violencia económica**, que consiste en la privación o destrucción de recursos necesarios para un adecuado bienestar^{4,5}.

Si tenemos en cuenta la persona que produce el acto violento, la violencia que sufren las mujeres puede dividirse en: violencia auto provocada, interpersonal o colectiva. La **violencia interpersonal** (Figura 1.1), es la más prevalente, provocada por otra/s personas. Esta incluye la violencia comunitaria (entre personas sin parentesco), la violencia doméstica (entre miembros de la misma familia), y la violencia de pareja (producida por el que es o fue compañero sentimental de la víctima)⁶.

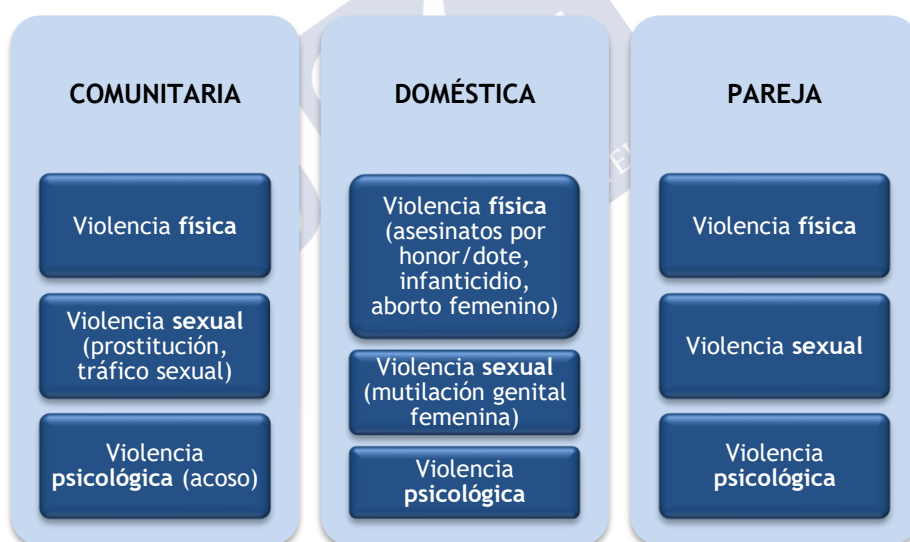


Figura 1.1. Tipos de violencia interpersonal hacia las mujeres
(Elaboración propia basada en Watts y Zimmerman, 2002⁶)

Con respecto a la **violencia doméstica** (VD), el *Convenio de Estambul* (2011)² la define como “*todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica, que se producen en la familia, o en*

el hogar, o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima”. Es decir, este término además de incluir la violencia que se produce entre miembros de una familia, también abarca la violencia que se produce en una relación de pareja. Debido a la mayor frecuencia de la **violencia de pareja** (VP), sobre todo en la edad reproductiva, se empieza a utilizar el término de manera distintiva. Sin embargo, la VP no es específica de las mujeres, ya que los hombres también pueden sufrirla, por lo que lo más correcto sería utilizar **violencia de pareja hacia la mujer**⁶.

Debido a las características singulares que presenta este tipo de violencia, con una mayor prevalencia de agresores hombres y víctimas mujeres, surge la necesidad de ir más allá del término “*violencia de pareja hacia la mujer*”, que puede incluir relaciones homosexuales entre mujeres.

Según la *Declaración de Beijing*⁷ de las NNUU, del año 1995, la VCM “*es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo; y que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad*”. Se trata de una violencia estructural, dependiente del contexto cultural, que define las identidades y relaciones entre hombres y mujeres, asignando diferentes atributos y roles en función del sexo. Esta violencia también está relacionada con la existencia de una cultura de empleo de la violencia como medio para resolver conflictos, siendo independiente de las características individuales de las víctimas⁴.

En relación con las mencionadas *Declaraciones*^{1,7} de las NNUU, comienza a emplearse el término “*gender-based violence*”

(violencia basada en la pertenencia al sexo femenino), que se tradujo como *violencia de género* en nuestro idioma, enfatizando que nace de la desigualdad entre las mujeres y los hombres. De hecho, el principal factor de riesgo para esta violencia es el hecho de ser mujer, ya que como se reconoce en el *Convenio de Estambul* (2011)², tanto las mujeres como las niñas tienen un alto riesgo de sufrir violencia basada en el género.

La VG, incluye actos o amenazas con intención de herir o causar a las mujeres un sufrimiento físico, sexual o psicológico. El género se refiere a las diferencias no biológicas entre hombres y mujeres, que han sido construidas socialmente a través de la cultura, y que asignaron diferentes características, roles, derechos, responsabilidades y poder, tanto a hombres como a mujeres⁵.

Si atendemos al significado estricto del concepto de VG, ésta puede incluir cualquier agresión producida de hombres hacia mujeres, independientemente de que exista entre ellos una relación sentimental. Por este motivo, el término más recientemente acuñado es el de **violencia del compañero íntimo**⁸, que se define como “*cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, sexual o psicológico, incluyendo los actos de agresión física, la coacción sexual, el abuso psicológico y comportamientos de control*”.

De esta manera, debido a los pequeños matices que diferencian los diversos términos, es frecuente que se usen en ocasiones indistintamente. Un claro ejemplo lo encontramos en nuestra legislación.

La *Ley Orgánica (LO) 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la VG*⁹, restringe el concepto de VG a la relación de pareja. Así define esta violencia como “*todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria*

de libertad, que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia”.

Sin embargo, la **Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la Prevención y el Tratamiento Integral de la VG**¹⁰, entiende como VG, al igual que las NNUU, “*cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o privada*”.

Dado que el material de estudio de este trabajo proviene del ámbito judicial, a lo largo del mismo hemos usado el término VG, para referirnos a la VCM en el ámbito de la pareja, tal y como se recoge en la *LO 1/2004*⁹.

1.2 LEGISLACIÓN

La variable prevalencia de la VCM entre países, comunidades y regiones, muestra que no es inevitable y que puede ser prevenida. Las últimas evidencias revelan que determinados factores económicos y socioculturales pueden explicar algunas de estas variaciones¹¹.

Para prevenirla y combatirla, es importante que los gobiernos de todos los países den una respuesta global, enfocada a cambiar ciertas normas sociales que refuerzan la autoridad y control de los hombres sobre las mujeres. Esto pasa por reformar leyes familiares discriminatorias, eliminar las desigualdades de género en la relación, fortalecer la economía y derechos legales de las mujeres, reforzar la educación y, por supuesto, sancionar y condenar la violencia¹².

1.2.1 Normativa internacional

Como ya se comentó con anterioridad, la VG es resultado, entre otros muchos factores, de las desigualdades existentes en función del género. La igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos, entre los que podemos destacar la ***Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer***¹³, aprobada por la *Asamblea General de las NNUU* en 1979, que entró en vigor como tratado internacional en 1981 tras su ratificación por 20 países, y que es considerada el instrumento internacional más amplio para tratar los derechos de las mujeres. Esta *Convención*¹³ fue la culminación de más de 30 años de trabajo de la *Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer*, creada en 1946 para seguir de cerca la situación de la mujer y promover sus derechos.

En el ámbito de la igualdad, procede también citar los avances introducidos por conferencias mundiales de las *NNUU* sobre la mujer, como la de *Nairobi* (1985) y *Beijing* (1995). En la primera, la ***Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las NNUU para la Mujer***¹⁴, se planteaban las medidas que deberían adoptarse para lograr la igualdad de género y promover la participación de las mujeres en los proyectos de paz y desarrollo. La segunda, la ***Declaración y Plataforma de Acción de Beijing***⁷, adoptada por 189 países, establecía un programa a favor del empoderamiento de la mujer contra restricciones y obstáculos, estableciendo objetivos y medidas para el progreso e igualdad de las mujeres y niñas, garantizando todos sus derechos.

En la ***Declaración para la eliminación de la VCM***¹ realizada por la *Asamblea General de las NNUU* en 1993, primer instrumento internacional de derechos humanos que abordaba exclusivamente la

VCM, se manifestó que *“las mujeres tienen derecho, en condiciones de igualdad, al goce y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole”*. Entre estos derechos figuran: derecho a la vida, a la igualdad, a la libertad, a la seguridad, a la igualdad de protección ante la ley, a verse libres de todas las formas de discriminación, al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar, a condiciones de trabajo justas y favorables, y a no ser sometidas a tortura ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En su artículo 4 hizo un llamamiento internacional a los países para combatir la VG y la discriminación de las mujeres, *“los Estados deben condenar la VCM y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla”*. Además, con respecto a su legislación, *“deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la VCM”*. Para todo esto se recomienda a los Estados, entre otras medidas:

- Prevenir, investigar y castigar todo acto de VCM, cometido tanto por el Estado como por particulares.
- Establecer sanciones penales, civiles, laborales y administrativas, para castigar y reparar los perjuicios producidos a mujeres que sufren violencia.
- Elaborar planes de acción nacionales o incluir disposiciones en los existentes, para promover la protección de la mujer contra toda forma de violencia.
- Evitar la doble victimización de la mujer como consecuencia de leyes, de su aplicación y de otras intervenciones, que no tengan en cuenta la discriminación contra la mujer.
- Garantizar que las mujeres que sufren violencia y, cuando corresponda sus hijos/as, dispongan de asistencia

especializada, adoptando medidas para fomentar su seguridad y rehabilitación, tanto física como psicológica.

- Adoptar medidas para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y los funcionarios que han de aplicar las políticas de prevención, investigación y castigo de esta violencia, reciban una formación que los sensibilice respecto a las necesidades de la mujer.
- Adoptar medidas, especialmente en el ámbito de la educación, para modificar las pautas sociales y culturales de comportamiento de hombres y mujeres, eliminando los prejuicios, las prácticas basadas en la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos, y la atribución de estereotipos.
- Promover la investigación, recoger datos y compilar estadísticas, relacionadas con la frecuencia de las distintas formas de VCM, las causas, la naturaleza, la gravedad, las consecuencias y la eficacia de las medidas aplicadas.

En el mismo camino, en la ya mencionada ***Declaración y Plataforma de Acción de Beijing***⁷ de 1995, uno de los 12 ámbitos que se mencionan es la VCM, estableciéndose los siguientes objetivos para luchar contra ella:

- Adoptar medidas para prevenirla y eliminarla.
- Estudiar las causas y consecuencias, así como la eficacia de las medidas de prevención.
- Eliminar la trata de mujeres, además de prestar asistencia a las víctimas derivadas de ésta.

Siguiendo los pasos de las *NNUU*, diversas organizaciones internacionales hicieron recomendaciones para la elaboración de leyes que respetasen los derechos humanos y estuviesen basadas en el

género¹⁵. Algunos ejemplos son la *Organización Panamericana de Salud* en colaboración con otros organismos (2004)¹⁶, que definieron los elementos clave para elaborar leyes y políticas en torno a la VCM en el entorno familiar; y el *Comité de Ministros del Consejo de Europa* (2004)¹⁷, que también aprobó varias medidas para atender a la protección de las mujeres contra la violencia, siendo el primer instrumento legal para los Estados miembros. La propia *Organización de las NN UU*¹⁸ en el año 2008, estableció un modelo legislativo recogido en el documento “Buenas prácticas en la legislación sobre VCM”.

El 89% de los países de América y Europa tienen leyes relacionadas con la VCM, mientras que en países africanos el porcentaje desciende al 31%¹⁵. Se considera importante que las leyes incluyan todas las formas de VG (física, sexual y psicológica, entre otras). En el estudio de *Ortiz-Barreda y Vives-Cases (2013)*¹⁹, apenas la mitad de las leyes mundiales analizadas incluían diferentes tipos de violencia. Además, las leyes deben integrar acciones que atiendan diversos ámbitos como la prevención, protección, ayuda y cuidado de las víctimas. Por eso, resulta recomendable mejorar la efectividad de los servicios públicos con acceso libre a los servicios sanitarios y sociales, proporcionar consejos y una representación legal gratuita, proponer intervenciones educativas y de sensibilización, entrenar a los/las profesionales, así como castigar de manera adecuada a los agresores¹⁵.

Las recomendaciones internacionales indican también que las actuaciones deben incorporarse a los distintos sectores relacionados con la VG, como son la salud, educación, servicios sociales, sistema legal, policía y medios de comunicación. Algunos ejemplos de una legislación integral son Estados Unidos (2005), Brasil (2006), Venezuela (2006) y México (2007). Sin embargo, en algunas leyes predominan las intervenciones jurídicas y policiales, desatendiendo

otros sectores como el sanitario. Esto sucede principalmente en leyes que no identifican a las mujeres como las principales afectadas por la violencia, incluyendo por ejemplo a otros miembros de la familia²⁰. La terminología usada en los títulos legislativos es importante, ya que usar términos generales puede ocasionar una disminución de la protección de la afectada, por lo que se aconseja la especificación de la mujer como víctima de la violencia. En el estudio de *Ortiz-Barreda y Vives-Cases (2013)*¹⁹ solo el 17,5% de los países utilizaron el término VCM, mientras que el de VD se usó en más de la mitad (64%) de las leyes. De estos últimos, más del 86% tenían como destinataria a la familia, es decir no especificaban el maltrato hacia la mujer. Sin embargo, en las leyes que empleaban el término VCM, más del 64% consideraban únicamente a la mujer como víctima. Se encontró que los únicos países en usar el término VG eran España y Ruanda.

Otra limitación que podemos encontrar en las legislaciones es el hecho de que sea prioritaria la protección de la familia a la de la mujer que sufre el maltrato, que se extienden sobre todo por países de América Latina, proponiendo la conciliación en la pareja entre sus medidas, lo que no se recomienda en los documentos internacionales. Además, aunque se acepta que las mujeres son las primeras afectadas por la VG, no siempre se considera que esta violencia sea consecuencia de una situación de desigualdad entre las mujeres y los hombres¹⁵.

El sector de la salud tiene un importante papel en la atención de las mujeres que sufren VG, ya que es uno de los principales medios que utilizan para pedir ayuda²⁰. Por este motivo, se recomienda que la legislación dirigida a este ámbito apoye la denuncia y persecución del maltratador, además de atender a la prevención y educación, promoviendo la igualdad y el respeto de los derechos humanos¹⁵. Se han identificado 55 leyes, de 155 países, que incluyen el ámbito

sanitario para abordar la violencia, pero sólo en 24 aparecen intervenciones específicas del mismo. Estas leyes se extienden por determinados países de América (Bolivia, Paraguay, Perú, Estados Unidos, México, Brasil, Venezuela, Colombia, Guatemala, Argentina, El Salvador) y Asia (Taiwán, Japón, Filipinas, Indonesia, Vietnam), aunque con escasa representación. En cuanto a la legislación de los países europeos, siete de ellos cuentan con leyes específicas para combatir esta violencia, además de España (Ucrania, Croacia, Bulgaria, Bosnia y Herzegovina, Albania, República de San Marino, Moldavia). En África y Oceanía, el sector sanitario no aparece incorporado en la legislación²⁰.

En la mayor parte de los países, la función del sistema sanitario se centra en la denuncia obligatoria del maltrato y en la atención de las mujeres agredidas. Sin embargo, las intervenciones sanitarias deben estar centradas en atender tanto la prevención primaria, como la secundaria y la terciaria²⁰.

Desde el ámbito sanitario, la prevención primaria en VG implica la realización de intervenciones y actividades de salud comunitaria, promoviendo valores igualitarios, que enseñen a reconocer y diferenciar los malos tratos, con la intención de disminuir los sucesos violentos. La prevención secundaria conlleva la detección de casos lo antes posible, además de realizar un trabajo multidisciplinar. Por último, la prevención terciaria supone la atención integral de las mujeres a largo plazo, para que puedan recuperarse del suceso traumático, estableciendo relaciones saludables y mejorando su autoestima⁴.

Las intervenciones de prevención primaria encontradas en determinados países (Estados Unidos, México, Bolivia, Brasil, Venezuela, Colombia, Argentina, Perú, El Salvador, Moldavia, Taiwán, Filipinas) se centran, principalmente, en capacitar y educar al personal sanitario, tanto para la prevención como para la atención

integral de las mujeres. En el caso del El Salvador, se hace hincapié en evitar la discriminación de las mujeres en los servicios sanitarios, además de que la formación del personal sanitario se centre en las causas que originan las desigualdades de género, tanto sociales como en el ámbito de la salud, causantes de la violencia. En la ley de Colombia, se habla de intervenciones que promuevan el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y en cuanto a la ley de México, las actuaciones pasan por la sensibilización de toda la población²⁰.

Las intervenciones de prevención secundaria (México, Colombia, Argentina, El Salvador, Filipinas), están relacionadas con la detección de los casos de VG lo antes posible. La principal actuación que se recoge es la creación de protocolos específicos para diagnosticar y actuar ante casos de VCM. Aunque el uso de estos documentos genere debates, lo cierto es que su adecuada utilización está relacionada con la formación del personal sanitario que los utiliza, por lo que es necesario también atender este aspecto²⁰.

En cuanto a la prevención terciaria, la más extendida, (México, Bolivia, Paraguay, Brasil Venezuela, Colombia, Argentina, Guatemala, El Salvador, Ucrania, Croacia, Bulgaria, Albania, República de San Marino, Moldavia, Bosnia y Herzegovina, Taiwán, Vietnam, Japón, Filipinas, Indonesia), las intervenciones se centran fundamentalmente, en proporcionar una atención sanitaria integral, incluyendo la salud psicológica, y en ocasiones la rehabilitación del agresor (México, Venezuela, Croacia, Moldavia y Bosnia). En las leyes de El Salvador, México, Bolivia y Albania, las intervenciones se unen a otros sectores como el legal y social, haciendo posible la derivación de las mujeres desde el ámbito sanitario a otros servicios que atiendan y protejan a las víctimas. En El Salvador, las administraciones sanitarias son las responsables de crear unidades de atención especializada, con el fin de proporcionar información

administrativa, jurídica y social, relacionada con la tramitación de la denuncia²⁰.

Sólo las leyes de México, Colombia, Argentina, El Salvador, y Filipinas reúnen medidas que atienen a los tres niveles de prevención, al igual que sucede con la legislación española. Todos los países europeos que incluyen en su legislación el ámbito sanitario, la enfocan a la prevención terciaria, mientras que la primaria solo aparece en la ley de Moldavia²⁰.

En Europa, desde la entrada en vigor del *Tratado de Ámsterdam*²¹ en 1999, la igualdad entre mujeres y hombres y la eliminación de las desigualdades entre ambos, son objetivos que debe aparecer en todas las políticas y acciones de la Unión Europea (UE) y de sus Estados miembros.

Las medidas europeas dirigidas a combatir la VCM incluyen la *Directiva de las víctimas de la UE* (2012/29/UE)²² y el *Convenio del Consejo de Europa o Convenio de Estambul*².

La *Directiva Europea*²² del año 2012, estableció los estándares mínimos de derechos, protección y apoyo a las víctimas europeas de algún crimen, haciendo especial referencia a las víctimas de VG.

El *Convenio de Estambul*², aprobado en 2011 por el *Consejo de Europa*, fue el primer instrumento legal europeo que se dirige a las diferentes formas de VCM y VD. La VCM aparece reconocida como una “violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación”, considerando responsables a los Estados si no responden de manera adecuada. Contempla como delito todas las formas de violencia, incluyendo la violencia física, psicológica y sexual, así como la violación, la mutilación genital, el matrimonio impuesto, el acoso, el aborto obligado y la esterilización forzada. En España entró en vigor en agosto del año 2014²³. A fecha de septiembre de 2019, el Convenio ha sido firmado por 45 países y

ratificado por 34. Entre los países miembros de la UE, Azerbaiyán y Rusia son los únicos que todavía no han firmado el Convenio, mientras que no ha sido ratificado por varios países (Armenia, Bulgaria, República Checa, Hungría, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Moldavia, Eslovaquia, Ucrania y Reino Unido)²⁴. Sus objetivos son:

- Prevenir, proteger, perseguir y eliminar todas las formas de violencia hacia las mujeres.
- Eliminar toda discriminación contra las mujeres, promoviendo una igualdad real entre mujeres y hombres, incluyendo la autonomía de las mujeres.
- Crear un marco global, políticas y medidas de protección y asistencia para todas las víctimas de violencia.
- Promover la cooperación internacional para eliminar la violencia.
- Apoyar y ayudar a las organizaciones y a las fuerzas y cuerpos de seguridad, para que a través de un enfoque integrado se eliminen todas las formas de violencia.

En el citado *Convenio*², se hace referencia a la importancia de una formación adecuada de los profesionales que están en contacto con las víctimas de violencia, que debe ser proporcionada por los Estados. Su artículo 15 señala:

“1) Las Partes impartirán o reforzarán la formación adecuada de los profesionales pertinentes que traten con víctimas o autores de todos los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio, en materia de prevención y detección de dicha violencia, igualdad entre mujeres y hombres, necesidades y derechos de las víctimas, así como sobre la manera de prevenir la victimización secundaria.”

“2) Las Partes fomentarán la inclusión en la formación a que se refiere el apartado 1 de una formación en materia de cooperación

coordinada e interinstitucional, con el fin de permitir una gestión global y adecuada de las directrices en los asuntos de violencia incluidos en el ámbito del presente Convenio.”

En el punto 2 del artículo 20, se menciona la importancia de que los países miembros garanticen un acceso adecuado de las víctimas al servicio sanitario: *“Las Partes tomarán las medidas legislativas u otras necesarias para que las víctimas tengan acceso a servicios de salud y servicios sociales, que los servicios dispongan de recursos adecuados y que los profesionales estén formados para prestar asistencia a las víctimas y orientarlas hacia servicios adecuados”*.

También se hace referencia a la denuncia en su artículo 27, dónde habla de la obligación de denunciar por parte de cualquier ciudadano: *“Las Partes tomarán las medidas necesarias para alentar a toda persona testigo de la comisión de cualquier acto de violencia incluido en el ámbito de aplicación del presente Convenio, o que tenga serias razones para creer que se podría cometer algún acto o que hay riesgo de que se produzcan nuevos actos de violencia, para que lo denuncie a las organizaciones u autoridades competentes”*. Y en el artículo 28, se centra en la denuncia por parte de los profesionales: *“Las Partes tomarán las medidas necesarias para que las normas de confidencialidad impuestas por sus legislaciones internas a ciertos profesionales no impidan, en condiciones apropiadas, hacer una denuncia a las organizaciones u autoridades competentes si tienen razones serias para creer que se ha cometido un acto grave de violencia incluido en el ámbito de aplicación del presente Convenio y que hay riesgo de que se produzcan nuevos actos graves de violencia”*.

1.2.2 Normativa nacional

La **Constitución Española**²⁵ de 1978, en su artículo 14, reconoce que *“los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*.

Recoge el principio de igualdad desde una doble perspectiva. Una igualdad formal, en cuanto a que las y los españoles somos iguales ante la ley, tanto en el contenido como en su aplicación; y una igualdad real, a través de la prohibición de cualquier discriminación de género, aunque comprende el trato diferenciado que no supone en sí mismo una discriminación.

Con la **LO 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**²⁶, se pretende prevenir conductas discriminatorias y proporcionar políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad, lo que implica proyectarlo en distintos ámbitos de la realidad social, cultural y artística en los que pueda producirse la desigualdad.

A pesar de la legislación, la igualdad real no siempre se produce, relacionándose en muchos casos con la VG. En el artículo 15 de la **Constitución**²⁵ se manifiesta que *“todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*. Estos derechos están asociados a todos los poderes públicos, que según establece el artículo 9.2, *“les corresponde promover las condiciones para hacer reales y efectivos dichos derechos, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud”*.

En 1989 se modificó el **Código Penal (CP)**, a través de la **LO 3/1989, de 21 de junio**²⁷, tipificando el delito de VD, es decir la violencia en el ámbito familiar, independientemente de que el autor

sea hombre o mujer. Concretamente esta ley consideraba delito “*la violencia física ejercida de forma habitual sobre el cónyuge o persona con la que el autor estuviera unido por análoga relación de afectividad, sobre las hijas o hijos sometidos a potestad o sobre pupilas, pupilos, menores o incapaces sometidos/as a tutela o guarda del hecho*”. Con la **LO 10/1995, de 25 de noviembre, del CP**²⁸, se endureció la respuesta penal, y con la reforma de la **LO 14/1999, de 9 de junio**²⁹, se introdujo la violencia psíquica y el castigo a la expareja.

Con el comienzo del siglo XXI, se produjeron importantes avances en la legislación española en materia de lucha contra la VG atendiendo a distintos ámbitos (civil, penal, social o educativo), a través de sus respectivas normativas:

- ❖ ***LO 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, VD e integración social de los extranjeros***³⁰.

En ella se da una atención preferente a los delitos relacionados con la VD, para que el tipo delictivo alcance todas sus manifestaciones y para que su regulación cumpla su objetivo en los aspectos preventivos y represivos. Se incrementa su penalidad y se incluyen las conductas que puedan afectar al bien jurídico protegido. Todo maltrato en el ámbito familiar pasa a ser considerado delito, quedando recogidos en dos artículos: art. 153 para los casos de violencia ocasional; art. 173, para el maltrato habitual. La falta de lesiones también pasa a considerarse delito cuando se cometen en el ámbito doméstico. Se expone también la necesidad de llevar a cabo medidas preventivas, asistenciales y de intervención social a favor de la víctima, además de incentivar la investigación y medidas legislativas.

- ❖ ***LO 15/2003, de 25 de noviembre***³¹, **por la cual se modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del CP**²⁸.

En relación con la VD, determina que “*el Juez de Instrucción dictará orden de protección para las víctimas en los casos, en los que existiendo indicios fundados de la comisión de un delito o falta contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad mencionadas en el artículo 173.2 del Código Penal, resulte una situación objetiva de riesgo para la víctima*”. Se amplía la duración máxima de las penas de alejamiento. Además, se establece la posible suspensión del régimen de visitas, comunicación y estancia de los/las hijos/as, así como la prohibición de comunicaciones por medios informáticos o telemáticos.

❖ ***Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de la VD***³².

Esta Ley estableció un novedoso sistema de coordinación de los órganos judiciales y administrativos, concentrando en una única resolución judicial la adopción de medidas de naturaleza civil y penal, y la activación de los instrumentos de protección destinados al amparo y apoyo social y terapéutico para la defensa efectiva de las mujeres que sufren VG. Introdujo por primera vez la diferencia entre VG y otras violencias producidas en el ámbito familiar.

❖ ***LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la VG***⁹.

El objetivo principal de esta Ley era establecer medidas para prevenir, sancionar y erradicar la VG, además de proporcionar asistencia a las mujeres víctimas de esta violencia y a sus hijos/as. Su modelo integral y multidisciplinar, que abarca aspectos preventivos, educativos, sanitarios, sociales y asistencias, pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales, para facilitar una recuperación plena de la mujer.

En el *Título I* de dicha Ley, se incluyen las medidas de *sensibilización, prevención, detección e intervención* en diferentes ámbitos:

Con respecto al *educativo* (Capítulo I) se incluyen las obligaciones del sistema para la transmisión de valores de respeto a la dignidad de las mujeres y a la igualdad entre hombres y mujeres. En la Educación Secundaria, se incorpora la educación sobre la igualdad entre hombres y mujeres y contra la VG, incorporando en todos los Consejos Escolares un nuevo miembro que impulse medidas educativas a favor de la igualdad y contra la violencia.

En el campo de la *publicidad y los medios de comunicación* (Capítulo II), se especifica que habrá de respetar la igualdad y dignidad de las mujeres y su derecho a una imagen no estereotipada, tanto si se exhibe en los medios de comunicación públicos como en los privados. Se modifica la acción de cesación o rectificación de la publicidad, legitimando a las instituciones y asociaciones que trabajan a favor de la igualdad entre hombres y mujeres para su ejercicio.

En el ámbito *sanitario* (Capítulo III) se contemplan actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial (físico y psicológico) a las víctimas, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones derivadas de la violencia, que se remitirán a los Tribunales correspondientes con objeto de agilizar el procedimiento judicial. Asimismo, se crea en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, una Comisión encargada de apoyar técnicamente, coordinar y evaluar las medidas sanitarias establecidas en la Ley.

En el artículo 15, sobre la *sensibilización y formación* se recoge que “*las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la*

detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario, con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que, en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones socio-sanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género”.

En el artículo 16 acerca del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se establece la importancia de la elaboración de protocolos que determinen las medidas a realizar por parte del ámbito sanitario en materia de VG: *“En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una Comisión contra la Violencia de Género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia. La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesto por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia. La Comisión emitirá un informe anual*

que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial”.

En el **Título II**, relativo a los *derechos* de las mujeres víctimas de VG:

- Se garantiza el derecho de acceso a la *información* y a la *asistencia integrada* (atención especializada adecuada a sus necesidades, servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, acogida y recuperación integral).
- Derecho a la *asistencia jurídica* (inmediata, gratuita y especializada).
- Medidas de *protección y seguridad* (órdenes de protección, posibilitar su movilidad geográfica, justificar las ausencias y la suspensión con reserva del puesto de trabajo y la extinción del contrato).
- Medidas de apoyo a las *funcionarias públicas* que sufran dicha violencia.
- Medidas de *apoyo económico* (laborales y de prestaciones, apoyo a la formación e inserción laboral, acceso a viviendas protegidas).

En el artículo 18.2 se garantiza que las mujeres discapacitadas víctimas de VG *“tengan acceso integral a la información sobre sus derechos y sobre los recursos existentes. Esta información deberá ofrecerse en formato accesible y comprensible a las personas con discapacidad, tales como lengua de signos u otras modalidades u opciones de comunicación, incluidos los sistemas alternativos y aumentativos”*.

En el artículo 19 se establece que la atención multidisciplinar a la que tienen derecho las mujeres debe implicar *“información, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos de la mujer, apoyo educativo a la unidad familiar,*

formación preventiva en los valores de igualdad dirigida a su desarrollo personal y a la adquisición de habilidades en la resolución no violenta de conflictos, apoyo a la formación e inserción laboral". Además, con respecto a los servicios puestos a disposición de las víctimas *"actuarán coordinadamente y en colaboración con los Cuerpos de Seguridad, los Jueces de Violencia sobre la Mujer, los servicios sanitarios y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica a las víctimas, del ámbito geográfico correspondiente. Estos servicios podrán solicitar al Juez las medidas urgentes que consideren necesarias"*.

Estos derechos son universales, en el sentido de que todas las mujeres que sufran o hayan sufrido algún acto de VG tienen garantizados los mismos, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

En el **Título III**, concerniente a la *Tutela Institucional*, se procede a la creación de dos órganos administrativos:

- La *Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer*, en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a la que corresponderá, entre otras funciones, proponer la política del Gobierno en relación con la VCM y coordinar e impulsar todas las actuaciones que se realicen en dicha materia, incluyendo aquellas intervenciones que garanticen de una manera efectiva todos los derechos de las mujeres.
- El *Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*, como un órgano colegiado en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que tendrá como principales funciones servir como centro de análisis de la situación y evolución de la VCM, así como asesorar y colaborar en la elaboración de propuestas y medidas para erradicar este tipo de violencia.

El artículo 32 hace referencia a planes de colaboración: *“Los poderes públicos elaborarán planes de colaboración que garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad”*. En relación a las administraciones sanitarias, *“promoverán la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”*.

En la disposición adicional segunda, dispone que el Gobierno y las Comunidades Autónomas, que hayan asumido competencias en materia de justicia, *“organizarán, en el ámbito que a cada una le es propio, los servicios forenses, de modo que cuenten con unidades de valoración forense integral, encargadas de diseñar protocolos de actuación global e integral en casos de VG”*.

En su **Título IV** la Ley introduce *normas de naturaleza penal*, mediante las que se pretende incluir, dentro de los tipos agravados de lesiones, uno específico que incremente la sanción penal cuando la lesión se produzca *“contra quien sea o haya sido la esposa del autor, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia”*. También se castigarán como delito las coacciones y las amenazas leves de cualquier clase cometidas contra las mujeres mencionadas con anterioridad.

En el **Título V** se establece la *Tutela Judicial*, para garantizar un tratamiento adecuado y eficaz de la situación jurídica, familiar y social de las víctimas de VG en las relaciones intrafamiliares.

Las situaciones de VG afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia. La Ley contempla su protección no sólo para la tutela de sus derechos, sino para garantizar las medidas de protección adoptadas hacia la mujer.

Con esta ley se atendió a las tres formas de prevención:

1. Prevención *primaria*, a través de la incorporación de la VG en los planes nacionales de salud con apartados para la prevención y la intervención integral, además del plan de formación y sensibilización dirigido al sector sanitario.
2. Prevención *secundaria* a través de la elaboración de un protocolo de actuación en el ámbito sanitario para la detección precoz y la asistencia.
3. Prevención *terciaria* a través de intervenciones para asegurar la atención integral y rehabilitación de las víctimas de VG.

Los fundamentos y acuerdos del *Convenio de Estambul*² están en concordancia con la normativa y actuaciones llevadas a cabo en España en torno a la VCM. Algunas de las obligaciones de los Estados a partir de dicho Convenio, ya afianzadas en nuestro país son:

- Formación de profesionales que intervienen en las situaciones de VG.
- Servicio 016 de información y asesoramiento jurídico en materia de VG, gratuito y disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.
- Diseño y permanente actualización de un sistema de información estadística de datos relativos a la VG.
- Campañas de información y sensibilización de la ciudadanía, para la prevención de la VG.

- Obligación de denunciar por parte de quienes por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público.
- Asegurar el acceso de las víctimas a medidas de protección especial.

En el año 2015, entró en vigor la **LO 1/2015, de 30 de marzo**³³, por la que se modifica la **LO 10/1995, de 23 de noviembre**²⁸, del CP. En relación con la VG, se pretende reforzar la protección especial que dispensa el CP a estas víctimas y adaptar la legislación a las normativas internacionales, en especial al *Convenio de Estambul*. Dentro de las modificaciones destaca la introducción del agravamiento de género y la supresión de faltas dentro del ordenamiento jurídico que, pasan a ser sanciones administrativas o civiles, o se tipifican como delitos leves.

En septiembre del año 2017 se aprobó el **Pacto de Estado contra la VG**³⁴, que fue ratificado por todas las Comunidades Autónomas en diciembre del mismo año. En él se recogen 213 propuestas de actuación, agrupadas según el tipo de política pública. Algunas de las principales disposiciones que se incorporan son:

1. *Sensibilización y prevención*

- Prevención de la VG en todas las etapas educativas, con refuerzo de inspección educativa y formación del profesorado. Los centros educativos impartirán educación en igualdad de género.
- Mejorar la detección precoz de la VG en los centros sanitarios, a través de mayor formación especializada de los/las profesionales sanitarios/as, difundiendo los protocolos de actuación. Desarrollar campañas de prevención y sensibilización utilizando las consultas médicas, centros sanitarios y farmacias.

2. *Mejora de la respuesta institucional, coordinación y trabajo en red*

- Ampliar el concepto de VG a todos los tipos de VCM contenidos en el *Convenio de Estambul*². Establecer un sistema de acompañamiento y de ayuda a la toma de decisiones.
- Las mujeres que no hayan interpuesto denuncia penal tendrán también condición de víctimas para que puedan acceder a las medidas de protección. Se establecerán unidades de Policía con formación específica en VG que presten atención todos los días del año durante las 24 horas del día.
- Diseñar un Plan de acompañamiento y asesoramiento de la víctima (acompañamiento judicial personalizado), implicando a las diferentes Administraciones, que contemple la asistencia de la víctima y sus hijos/as con carácter previo a la interposición de la denuncia y durante el procedimiento.
- Prohibición de la mediación en los casos de VG. Excluir la relevancia del consentimiento de la víctima en la valoración de los casos de quebrantamiento de condena o medida cautelar. Modificaciones legales oportunas en relación con el derecho de dispensa de la obligación de declarar. Se suprimirán las circunstancias atenuantes en las sentencias por maltrato, como la confesión del crimen o la reparación del daño.

3. *Perfeccionamiento de la asistencia, ayuda y protección a las víctimas*

- Revisar y reforzar los protocolos de detección precoz en el ámbito sanitario. Se pondrá en marcha una clave de seguimiento en las historias clínicas que permita identificar en ellas la sospecha de maltrato.

- Introducir, en los manuales de urgencias, la VG como diagnóstico diferencial de las distintas patologías. Elaborar un programa específico para los centros de atención primaria ubicados en el ámbito rural.
- Avanzar en la coordinación y accesibilidad de la historia clínica de las pacientes, para que los indicios y casos de VG sean identificados en cualquier Comunidad o Ciudad Autónoma, donde pueda trasladarse la posible víctima.
- Diseñar protocolos específicos o medidas especializadas para la atención de mujeres más vulnerables, como las mujeres mayores, con diversidad funcional/discapacidad o mujeres migrantes en situación irregular.

4. *Intensificar la asistencia y protección de los/las menores*

- Realizar estudios sobre la situación de los/las niños/as. Refuerzo de apoyo y asistencia a menores, hijos/as de víctimas mortales.
- No se podrá imponer la custodia compartida para los padres maltratadores o para los que estén dentro de un proceso penal o tengan una orden de alejamiento. Se prohibirá que los/las menores vayan a ver a prisión a su padre condenado por malos tratos y se garantizará una prestación a todos los/las huérfanos/as de la VG.
- Las madres de hijos/as asesinados serán consideradas víctimas de VG, también a los efectos de ayudas económicas. Protección para las víctimas que se hallen incurso en situaciones de sustracción internacional de menores cuyo origen sea un caso de VG.

5. *Impulso a la formación que garantice la mejor respuesta asistencial*

- Ampliar la formación de profesionales de la Administración de Justicia, y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Implementar un programa formativo especializado en prevención de la VG a profesionales sanitarios y de la educación.

6. *Seguimiento estadístico*

- Realización de estudios, impulso de investigaciones y elaboración de encuestas, con el fin de estudiar sus causas y efectos, evaluar su incidencia y su percepción social, y conocer las medidas para su erradicación, así como su eficacia.

7. *Recomendaciones a Comunidades Autónomas, Entidades locales e instituciones*

8. *Visualización y atención a otras formas de VCM*

- Recomendaciones a las administraciones públicas e instituciones para las víctimas de trata. Visualización y atención de otras formas de VCM a través de campañas informativas, fomento de la investigación y protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina. Se desincentivará la demanda de prostitución mediante campañas de concienciación y talleres de sensibilización dirigidos a jóvenes.

1.2.3 Normativa autonómica

La mencionada *LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la VG*⁹, establece en la disposición final quinta, que el Estado y todas las Comunidades Autónomas deben adoptar una normativa a través de leyes concretas, planes integrales o

programas y protocolos de actuación, para prevenir y eliminar la VG, garantizando en su ámbito territorial la atención y asistencia integral de las víctimas.

Con respecto a la Comunidad Autónoma de Galicia, previamente a la ley nacional, ya se habían establecido determinadas medidas legislativas como son:

- ❖ ***LO 1/1981, de 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia***³⁵, que señala en su artículo 4 que “*corresponde a los poderes públicos gallegos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de las gallegas y los gallegos en la vida política, económica, cultural y social*”.
- ❖ ***Ley 7/2004, de 16 de julio, gallega para la Igualdad de Mujeres y Hombres***³⁶, designó los artículos 19 y 20 a la regulación de la VCM. En ellos aparecen previsiones generales sobre las medidas necesarias y actuaciones judiciales para erradicar esta violencia. A pesar de esto, se vio la necesidad de establecer un marco normativo propio y completo en esta materia, que hiciera de la prevención el pilar básico de la acción administrativa, removiendo estereotipos sexistas e impulsando una sociedad sin violencia, y que facilitase el apoyo adecuado a la lucha social contra la VG.

A partir de las medidas legislativas incluidas en la *Ley Nacional 1/2004*⁹ de VG, en Galicia se continúa intentando mejorar la legislación vigente:

- ❖ ***Ley 2/2007, de 28 de marzo, de Trabajo en Igualdad de las Mujeres de Galicia***³⁷, con la que se quiere proporcionar a los poderes públicos y a la sociedad gallega un instrumento

apropiado para prevenir, tratar y erradicar la VG, para alcanzar una verdadera igualdad.

- ❖ ***Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la Prevención y el Tratamiento Integral de la VG¹⁰***, cuyo objetivo principal es la adopción de medidas integrales para la sensibilización, prevención y tratamiento de la VG, así como la protección y apoyo a las mujeres que vivan, residan o trabajen en Galicia y sufran cualquier forma de violencia, y los/las menores que la sufren indirectamente.

En el ***Título I*** se regulan las *medidas de prevención y sensibilización* en torno a la VG. A lo largo de sus tres capítulos se abordan:

- Las medidas precisas para una adecuada sensibilización social frente a este problema, así como el papel primordial que deben cumplir los medios de comunicación social en este ámbito.
- Las medidas de investigación y formación.
- Las medidas a adoptar en el ámbito de la educación reglada, entre las que cabe destacar la revisión y adaptación del currículum educativo.

En el artículo 12 se recoge la potenciación de la investigación sobre la VG: “*La Xunta de Galicia, a través del departamento competente en materia de igualdad, en colaboración con los restantes departamentos de la Administración autonómica, potenciará en las universidades gallegas y en otros entes, espacios u organismos, la investigación sobre las causas y consecuencias de la violencia de género, así como sobre los medios necesarios para evitarla, el grado de sensibilización de la sociedad ante la misma y los medios necesarios para su tratamiento. En este sentido se articularán medidas de apoyo a la elaboración de tesis doctorales y cátedras*

específicas que versen sobre el estudio de la violencia contra las mujeres y los principios que inspiran la presente ley”.

En su artículo 14 hace referencia a la formación en las universidades: *“Las administraciones educativas y universidades, en el ámbito de sus competencias, asegurarán que en la totalidad de los estudios conducentes a la obtención de títulos universitarios en disciplinas que habiliten para el ejercicio de profesiones que tengan relación directa con la violencia de género, se incorporen contenidos relacionados con la comprensión de esta violencia, dirigidos a la capacitación para la prevención, detección precoz, intervención y/o apoyo a las mujeres que la sufren”.*

El artículo 15 se refiere específicamente a la formación de los/las profesionales, y establece que:

“1) La Xunta de Galicia garantizará, en los términos que se establezcan reglamentariamente, y promoverá, mediante los instrumentos necesarios, la formación en igualdad de todas y todos los profesionales que trabajan en ámbitos relacionados directa o indirectamente con la violencia de género, y en especial de las y los profesionales de la sanidad, de los servicios sociales, educativos, de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de las operadoras y operadores jurídicos.

2) A estos efectos, el departamento competente y todos aquellos organismos y entidades que imparten formación, velarán para que en la formación inicial y en sus programas formativos se incorporen módulos específicos de prevención, atención, asistencia y/o tratamiento de situaciones de violencia de género.

3) La Xunta de Galicia, a través del departamento competente en materia de igualdad, diseñará programas específicos de formación en materia de violencia de género y los pondrá a disposición de

cualquier ente, organismo o departamento, y de la sociedad en general, para su aplicación en las diversas acciones formativas.”

El **Título II** regula las acciones, de los poderes públicos y de los profesionales, para *proteger y asistir* a las mujeres que sufren VG. Para ello se garantiza una asistencia sanitaria, jurídica, social y psicológica integral a las víctimas. Los dispositivos de alarma y los programas de reeducación son también instrumentos básicos para la protección. Aclara que todas estas medidas no son suficientes si al final las víctimas carecen de los recursos necesarios para iniciar una nueva vida en libertad y alejada de sus agresores. Con este fin, y siguiendo el camino abierto por la prestación periódica de apoyo a las mujeres que sufren VG, se regulan prestaciones económicas, pero también un proceso abreviado para la obtención de la *Renta de Integración Social de Galicia* y ayudas escolares para hijos/as que hayan sufrido violencia en su entorno. Con el mismo fin, se crea el *Fondo Gallego de Garantía de Indemnizaciones* y se establecen acciones en materia de acceso a una vivienda digna.

En su artículo 24 establece el derecho a la atención sanitaria:

“1) Los servicios públicos de salud garantizarán a las mujeres que sufren o hayan sufrido cualquier tipo de violencia de género que recoge la presente ley, el derecho a la atención sanitaria y al seguimiento de la evolución de su estado de salud hasta su total restablecimiento, en lo concerniente a la sintomatología o a las secuelas derivadas de la situación de violencia sufrida.

2) En estos supuestos, los servicios serán gratuitos y accesibles con carácter preferente, en su caso, para todas las mujeres que sufran o hayan sufrido violencia de género, garantizando la privacidad y la intimidad de las mujeres y respetando las decisiones que ellas tomen.

3) Los planes de salud de la Xunta de Galicia, y en especial el Plan de atención integral a la salud de las mujeres, preverán en su redacción

inicial o en sus revisiones periódicas medidas específicas para la prevención, detección, atención e intervención en los casos de violencia de género. Asimismo, en dichos planes se implementarán disposiciones específicas que contribuyan a evaluar el impacto y los efectos de la violencia de género sobre la salud de las mujeres.

4) Asimismo, se establecerán en todas las medidas anteriores actuaciones y protocolos sanitarios específicos para la detección, intervención y apoyo de situaciones de violencia contra las mujeres con discapacidad o en situaciones de vulnerabilidad.”

En el artículo 25, se menciona la atención psicológica:

“1) La asistencia psicológica inmediata será considerada como un servicio de atención primaria en coordinación con la atención especializada en las áreas sanitarias, y deberá procurar la desaparición de la sintomatología presentada y la total rehabilitación psicológica para conseguir una recuperación integral de las mujeres, aportándoles mecanismos que promuevan su autonomía y les impida verse de nuevo envueltas en relaciones de maltrato.

2) Se reconoce el derecho a la asistencia psicológica gratuita para las mujeres que sufran violencia de género, que comprenderá la atención inicial y el seguimiento durante todo el proceso terapéutico. Se considerarán prioritarias las intervenciones con mujeres que se encuentran en situación de violencia y presenten problemas de salud mental, dependencia de sustancias adictivas y/u otras patologías que requieran un tratamiento psicológico específico.

3) Se reconoce el derecho a la asistencia psicológica gratuita para las y los menores y para otras personas dependientes que vivan o padezcan situaciones de violencia de género, que comprenderá medidas de apoyo psicosocial específicas y adaptadas a sus características y necesidades.

4) La Xunta de Galicia desarrollará programas de atención psicológica gratuita destinados a hombres con problemas de violencia machista.”

En el artículo 26 de la citada Ley, se atiende al protocolo de actuación:

“1) El departamento de la Xunta de Galicia competente en el ámbito sanitario elaborará, en los términos que se establezcan reglamentariamente, un protocolo que contemple pautas uniformes de actuación sanitaria. Asimismo, elaborará los procedimientos de coordinación de las distintas instancias que intervienen de forma específica en la atención sanitaria de las mujeres que sufren violencia de género, en colaboración con el departamento de la Xunta de Galicia competente en materia de igualdad.

2) Se diseñarán medidas para la detección precoz de la violencia de género entre las mujeres y sus hijas e hijos menores de edad y se establecerá un cuestionario para la detección precoz de la violencia de género en la atención primaria y un parte de lesiones único y universal para todos los centros sanitarios de Galicia, que será de obligado cumplimiento para todas y todos los profesionales.

El **Título III** se dedica a la *organización del sistema de protección y asistencia integral y especializada* frente a la VG. En ese ámbito cabe destacar la creación del *Centro de Recuperación Integral para Mujeres que sufren VG* y de las oficinas de información a las víctimas. También se establece la implantación de un sistema de registro de casos de VG en los servicios sanitarios, con el fin de dimensionar el problema.

Las disposiciones de esta Ley fueron ampliadas al año siguiente con la **Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia**³⁸, que reconoce *“el derecho de las mujeres que sufren VG a la atención sanitaria, incluyendo asistencia psicológica gratuita, y seguimiento de*

su evolución hasta su total restablecimiento”. Determina que serán “servicios gratuitos, accesibles y con carácter prioritario”. La administración establecerá medidas de movilidad del personal, con el fin de proteger a las víctimas, y así mismo establece que existirán módulos de formación específica en VG, para el personal del Servicio del Sistema Gallego de salud.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La VG es un problema transversal, que ocurre independientemente del nivel cultural, educativo, social o económico de las mujeres en todo el mundo. Sin embargo, describir su prevalencia resulta difícil, ya que muchas veces permanece oculta. En 1975, las *NNUU*³⁹, reconocían que la VCM era “*el atentado contra los derechos humanos más frecuente, y a su vez menos reconocido a nivel mundial*”.

Según datos de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**¹² del año 2013, el 30% de las mujeres de todo el mundo que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual. Del mismo modo, el 38% de todos los asesinatos de mujeres fueron cometidos por su pareja sentimental.

La prevalencia de VG recogida en la **Figura 1.2** es más alta (alrededor del 37%) en países de África, del Este Mediterráneo y Sudeste Asiático, mientras que en países de Europa y del Pacífico Occidental el porcentaje de mujeres afectadas es menor (alrededor del 25%). La prevalencia en mujeres jóvenes (entre 15 y 19 años) es elevada, superando el 29%, pero la edad que concentra mayor número de casos (37,8%), se sitúa entre los 40 y 44 años¹².

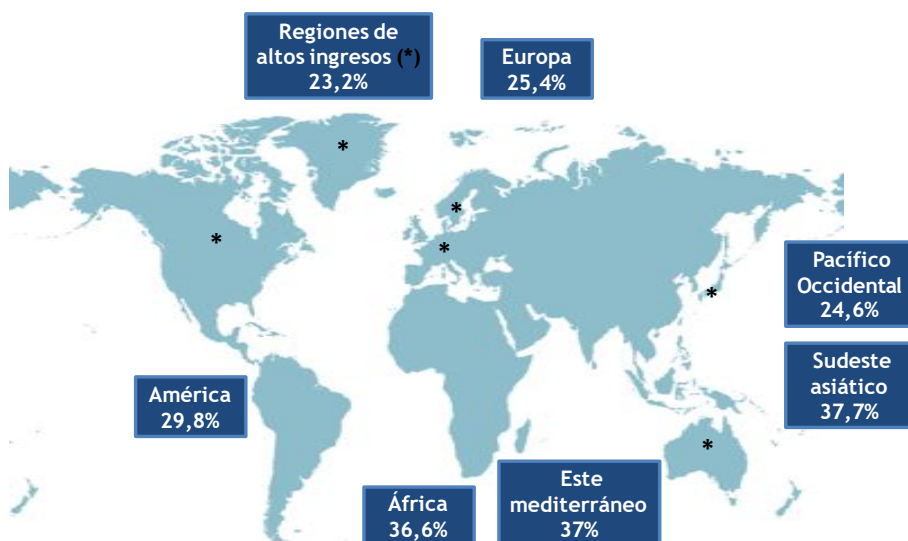


Figura 1.2. Mapa mundial sobre la prevalencia de la VG
(Elaboración propia basada en datos de la OMS, 2013¹²)

En el año 2014, la **Agencia de la UE para los Derechos Fundamentales** “European Union Agency for Fundamental Rights” (FRA)⁴⁰, realizó un estudio a nivel europeo para conocer la magnitud de la VCM. Según sus estimaciones, en el año previo a la entrevista, alrededor de 13 y 3, 7 millones de mujeres habían sufrido violencia física y violencia sexual, respectivamente, lo que se corresponde con el 7% y 2% del total de mujeres europeas entre 18 y 74 años. Alrededor del 31% y 11% de las mujeres, mayores de 15 años, habían sufrido algún tipo de violencia física y sexual, en algún momento de su vida, por parte de su pareja u otra persona.

De todas las mujeres encuestadas que tenían o habían tenido pareja, mayores de 15 años, el 22% había sufrido violencia física y/o sexual, por parte de ella. Geográficamente, podemos destacar que Dinamarca y Letonia, con 32% de mujeres víctimas de violencia a manos de su pareja o expareja, fueron los países de la UE con el

mayor porcentaje de violencia. Los países con menos casos (13%) fueron Austria, España, Croacia, Polonia y Eslovenia⁴⁰.

Respecto a la violencia psicológica, el 43% de las mujeres residentes en Europa la habían experimentado a manos de su pareja. El 25% de las mujeres habían sido menospreciadas o humilladas, 14% amenazadas de violencia física, y al 5% se les había prohibido salir de casa, se les había cogido las llaves del coche o se las había encerrado⁴⁰.

A pesar de que los resultados muestran que la VCM está muy extendida, la incidencia de denuncias es baja en la UE. De las mujeres que habían sufrido violencia física y/o sexual por su pareja, sólo el 14% lo comunicó a la policía. Además, es frecuente que las víctimas sufran diversos incidentes antes de decidirse a denunciar. El hecho de no denunciar, provoca que las víctimas no entren en contacto con el sistema judicial, siendo especialmente grave la situación en países en los que la policía no interviene ante la VCM. Por lo tanto, esto refleja que algunos países europeos desatienden las necesidades y derechos de las mujeres que sufren maltrato⁴⁰.

En España, la *Macroencuesta sobre VCM*⁴¹ realizada en el año 2015 por la *Delegación del Gobierno para la VG*, reveló datos importantes sobre la VG, en relación con las mujeres de 16 o más años que tenían o habían tenido pareja:

- El 10,7% sufrió violencia física (el 1,9% en el último año), considerada severa en el 6,7% de los casos. El 85,2% de ellas tuvo más de un episodio de agresiones físicas a lo largo de su vida (el 84,2% varias agresiones en el último año). Las mujeres entre 25 y 34 años, extranjeras y en paro, fueron las que en mayor proporción manifestaron haber sido víctimas de violencia física. Por el contrario, las mujeres con un nivel

educativo universitario, que vivían en entornos rurales de menos de 2.000 habitantes, presentaron un porcentaje inferior.

- El 8,4% refirió violencia sexual (el 1,5% en el último año). De ellas el 94% manifestó haber sido víctima de agresiones sexuales en más de una ocasión (el 88,6% varias agresiones en el último año). Las mujeres extranjeras y con un nivel educativo no universitario fueron las más afectadas.
- En relación con la violencia psicológica, el 26,4% sufrió abuso de control (en el último año el 9,5%), el 22,8% violencia emocional (en el último año el 8,2%), el 13,4% de las mujeres refirió haber tenido miedo de su pareja o expareja y el 11,2% padeció violencia económica (en el último año el 2,6%).
- El 4,2% de las mujeres había sufrido todos los tipos de VG.
- El 33,9% de las mujeres sufrieron VG por parte de más de una pareja.

Según datos del *Consejo General del Poder Judicial (CGPJ)*⁴², durante 2018, un total de 158.590 mujeres fueron víctimas de VG en nuestro país, 6.183 en Galicia. En la [Figura 1.3](#) se muestra la tasa de mujeres víctimas de VG en España y en las Comunidades autónomas, por cada 10.000 mujeres.

En cuanto a la mortalidad por VG, el número de víctimas mortales en España a manos de su pareja o expareja, entre los años 2003 y 2018 ha sido de 975, con una distribución anual representada en la [Figura 1.4](#). En el mismo periodo, 58 mujeres fueron asesinadas a causa de la VG en Galicia (En Pontevedra 24, A Coruña 22, y en Ourense al igual que en Lugo 6)⁴³.

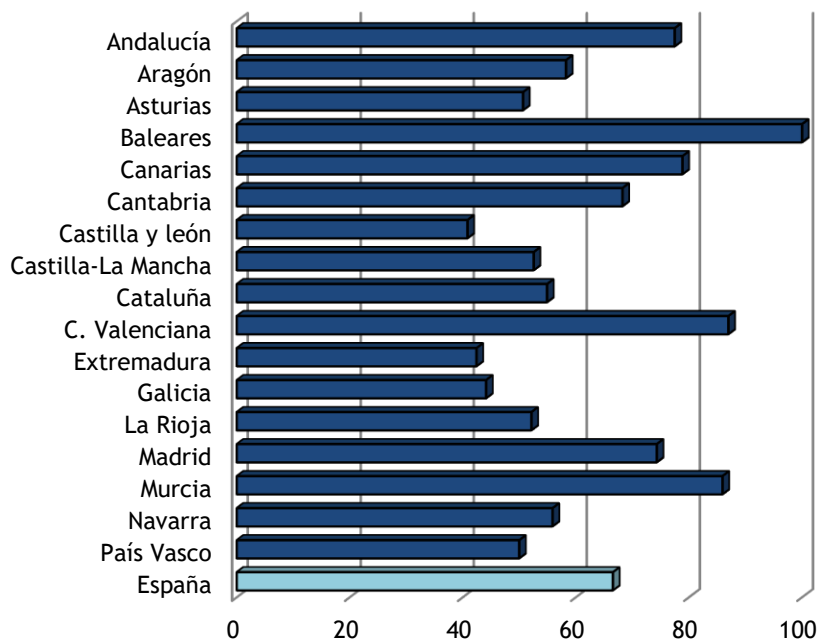


Figura 1.3. Tasa de víctimas de VG por cada 10.000 mujeres durante 2018
(Elaboración propia basada en datos del CGPJ⁴²)

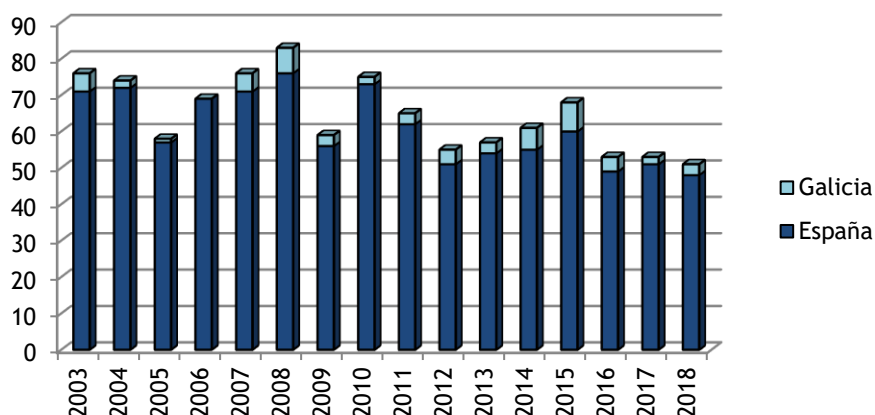


Figura 1.4. Nº de víctimas mortales a manos de sus parejas o exparejas en España y Galicia entre 2003 y 2018
(Elaboración propia basada en datos de la Delegación del Gobierno para la VG⁴³)

Los datos del año 2018 muestran que en España un total de 48 mujeres fueron asesinadas por VG, 3 en Galicia (6,3%) (**Figura 1.4**). Más del 60% de las víctimas y de los agresores eran españoles, con el pico de edad entre los 41 y 50 años. En cerca del 65% de los casos el agresor era pareja de la víctima en el momento de los hechos, conviviendo en más del 60%⁴³.

Las Comunidades Autónomas con más víctimas mortales durante 2018 fueron Andalucía (25,5%), seguida de Cataluña (16,7%). En las Comunidades de Cantabria, Extremadura, La Rioja y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, ninguna mujer fue asesinada a causa de la VG durante este año. Los últimos datos recogidos en 2019 (hasta el 19 de agosto), registraron 40 mujeres víctimas mortales de VG, cifra que no se alcanzaba por esta fecha desde 2010⁴³.

En España, los datos de la *Macroencuesta (2015)*⁴¹ en relación con las denuncias interpuestas también son bajos. Además, de las mujeres que habían sufrido violencia física, sexual o miedo de alguna pareja y que lo denunciaron, el 20,9% retiró la denuncia. De las mujeres que no denunciaron, el 44,6% señaló que no le dio suficiente importancia a la violencia, que no se le ocurrió o que pensaba que podía resolverlo sola; el 26, 6% por miedo o temor a represalias y el 21,1% sentía vergüenza.

Según el estudio realizado por *Patró y Limiñana (2005)*⁴⁴ en España, los casos denunciados representan sólo entre un 10-30% de los casos reales de violencia. Según datos del *CGPJ*⁴², el número de denuncias por VG durante el año 2018 fue de 166.961, perteneciendo a la Comunidad de Galicia 6.537. La mayoría procedían de atestados policiales, con denuncia de la víctima (66,3%). Poco más del 9% de las denuncias se originó a través de partes de lesiones recibidos directamente en el juzgado. Durante el primer trimestre de 2019, tenemos constancia de 40.319, con un porcentaje similar de denuncias a través de los partes (9,2%). De las mujeres asesinadas por VG

durante 2018, poco más del 29% había interpuesto una o más denuncias previamente, adoptándose medidas de protección en casi el 82%, que estaban vigentes en cerca del 56% en el momento del asesinato⁴³.

1.4 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La VG supone una vulneración de los derechos humanos, ya que atenta contra el derecho a la vida, la seguridad, la libertad, la dignidad y la integridad física y psíquica de las mujeres; impidiendo una plena democracia en la sociedad⁴⁵.

La *OMS (1998)*⁴⁶ advirtió que la VCM es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer, y mayor que los accidentes de tráfico y la malaria combinados. El impacto de esta violencia en la salud de las víctimas va más allá de las lesiones físicas agudas provocadas por el maltrato, o de lesiones fatales que ocasionan la muerte, teniendo también repercusiones a nivel sexual, reproductivo, psicológico y social (Tabla 1.1).

Tabla 1.1. Consecuencias de la VG en la salud de las mujeres

SALUD FÍSICA

- Lesiones agudas
- Enfermedades crónicas
- Dolor crónico
- Problemas cardiovasculares
- Problemas neurológicos
- Problemas gastrointestinales
- Problemas urinarios

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- ETS/VIH/VPH
- Embarazos no deseados/abortos inducidos
- Problemas obstétricos/embarazos de alto riesgo
- Cáncer de cérvix/neoplasia cervical
- Problemas ginecológicos

SALUD PSÍQUICA

- Baja autoestima/depresión
 - Ansiedad/ TEPT/ Trastorno del sueño
 - Riesgo de suicidio
 - Consumo y abuso de sustancias
 - Trastorno de la conducta alimentaria
 - Enfermedades mentales
-

Estas consecuencias, que se derivan tanto de agresiones físicas como psicológicas⁴⁷, pueden persistir después de que la situación de maltrato haya terminado, dando lugar a problemas crónicos de salud, aunque algunos estudios determinaron una mayor gravedad de los síntomas cuanto mayor es la duración e intensidad de la violencia^{48,49}, y si la mujer no cuenta con apoyo social⁵⁰. De esta manera, podemos decir que la VG, además de ser un problema de salud, también es un

factor de riesgo de tener peor salud⁵¹⁻⁵³. El coste económico de la VG en la sociedad es elevado, debido a la pérdida de productividad, así como a un mayor uso de servicios sociales. Según datos oficiales de Estados Unidos⁵⁴, el coste directo sanitario relacionado con la VG en ese país sobrepasa los 4,1 billones de dólares al año, lo que concuerda con *Acevedo et al. (2014)*⁵⁵, que sitúa los costes de VP entre 1,7-10 billones de dólares anuales.

1.4.1 Consecuencias físicas

El deterioro de la salud física es la consecuencia más directa y visible de la VG. Según *Campbell et al. (2002)*⁵⁶, las mujeres que la sufren pueden llegar a tener un 60% más de enfermedades físicas, lo que concuerda con datos de la *OMS (2013)*¹², que señala que aproximadamente la mitad de las mujeres que sufren VG en Estados Unidos presentan alteraciones físicas. En España, según datos de la *Macroencuesta (2015)*⁴¹, el 42% de las mujeres que han sufrido VG por parte de sus parejas o exparejas sufrieron lesiones derivadas de ésta, siendo graves en el 20% de los casos. Las lesiones físicas tienen un papel importante desde la perspectiva jurídica, ya que su presencia o ausencia determina en muchas ocasiones la elaboración del parte de lesiones, el archivo de la denuncia, la presentación de cargos o la condena del acusado⁵⁷. En la **Tabla 1.1** se recogen las principales consecuencias en la salud física, a corto y a largo plazo.

La manifestación más frecuente de maltrato físico son las lesiones agudas, cuya variabilidad depende de la gravedad y de la región corporal que afecten. De este modo, las lesiones físicas abarcan toda la tipología forense, desde contusiones o erosiones, pasando por heridas, mordeduras o quemaduras hasta esguinces o fracturas, entre otras. Además, es frecuente la presencia de múltiples lesiones⁵⁸.

Estas lesiones físicas suelen estar localizadas con mayor frecuencia en cabeza, cuello o cara⁵⁹, aunque también pueden encontrarse en extremidades superiores, relacionadas estas últimas con una posición de defensa⁶⁰. Además, ciertas características como lesiones bilaterales, de diferente grado de antigüedad, también se pueden relacionar con una situación de maltrato⁵⁷.

Más allá de la propia agresión, el miedo y el estrés que la rodean pueden ocasionar problemas crónicos de salud en las víctimas, provocando una discapacidad temporal o permanente. *Coker et al. (2002)*⁶¹ mostraron que las víctimas de violencia física tenían 1,6 veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad crónica; y *Sanz Barbero et al. (2014)*⁶², que un 24% de las mujeres maltratadas no podían realizar sus actividades diarias.

La VG se asocia con la presencia de dolor crónico a nivel abdominal, pélvico, cervical, lumbar, o dolor de cabeza como la migraña⁶³. En el estudio de *Wuest et al. (2008)*⁶⁴ el 35% de las mujeres víctimas de VG sufrieron dolor crónico discapacitante, el cual se mantuvo tiempo después de terminar la relación y la situación de maltrato, alcanzado además de las localizaciones previamente mencionadas, dolor e inflamación en las articulaciones. Así hay estudios⁶⁵ que señalan la fibromialgia, un cuadro de dolor reumático crónico generalizado, como una consecuencia a largo plazo de la VG.

La VG también se relaciona con problemas cardiovasculares (infarto de miocardio, angina de pecho), neurológicos (balbuceo y tartamudeo, pérdida de audición, problemas visuales), gastrointestinales (síndrome de colon irritable o colon espástico, úlcera de estómago, reflujo gástrico, dispepsia, estreñimiento, diarrea, pérdida de apetito) y urinarios (infecciones renales, de vejiga, del tracto urinario)^{4,65}. Además, diversos estudios^{51,66,67} encontraron mayor prevalencia de enfermedades como asma, derrame cerebral, diabetes, y presión arterial y colesterol elevados.

1.4.2 Consecuencias sexuales y reproductivas

La VG también repercute en la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Tabla 1.1).

Se asocia a conductas sexuales de alto riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS)⁵¹, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entre las pacientes encuestadas por *Bauer et al. (2002)*⁶⁸, atendidas por alguna ETS, el 11% había sufrido VG en el último año, y el 24% alguna vez en la vida, encontrándose que tienen dos veces más riesgo de sufrir estas enfermedades que otras mujeres.

En relación con la salud reproductiva, esta violencia puede interferir en la decisión y elección de medidas anticonceptivas, por lo que se asocia con embarazos no deseados y, por consiguiente, con abortos inducidos⁵². Además, durante el embarazo se ha detectado un mayor riesgo de maltrato^{69,70}, y también de feminicidio por VG⁷¹. Según datos internacionales, la prevalencia de VG durante esta etapa se sitúa entre el 5,5% y 6,6% en Canadá y alrededor del 13% en Nicaragua⁶⁵. Sin embargo, a nivel europeo, los datos de la *FRA (2014)*⁴⁰ señalan que un 42% de las mujeres maltratadas sufrieron violencia durante el embarazo, llegando al 61% en un estudio nacional⁷².

El hecho de sufrir VG durante la gestación se relaciona con problemas importantes durante el embarazo como la desatención del embarazo, embarazos de alto riesgo, hemorragias intrauterinas o vaginales, amenazas de aborto o abortos espontáneos, anemia, mayor mortalidad materna y perinatal, mayor muerte fetal, recién nacidos de bajo peso o partos prematuros^{12,63}. De acuerdo con un informe de la *OMS* del año 2013¹², las mujeres víctimas de VG tienen un riesgo 50% mayor de sufrir un aborto y 16% superior de tener un hijo con bajo peso al nacimiento.

La VG también se relaciona con otros problemas ginecológicos como dolor pélvico crónico, trastornos menstruales, hemorragias, infecciones vaginales, dispareunia, fibrosis vaginal y cáncer de cérvix^{52,65}. En el estudio de *Coker et al. (2000)*⁷³, se detectó que las mujeres que habían sufrido violencia tenían mayor riesgo de padecer cáncer de cérvix y neoplasia cervical *in situ* (entre 4,28 y 1,47 veces más, respectivamente). Por una parte, se señaló que las lesiones cervicales provocadas por abusos sexuales repetidos unidas al virus del papiloma humano (VPH), podrían comenzar un proceso cancerígeno. Por otra parte, cualquier tipo de maltrato a través del estrés crónico que produce, afecta al sistema inmunitario de las víctimas reduciendo su capacidad de respuesta ante infecciones, como la del VPH.

1.4.3 Consecuencias psicológicas

La salud psíquica de las mujeres víctimas de VG siempre se ve afectada, a pesar de que en ocasiones pueda resultar difícil de detectar, siendo frecuentes las consecuencias a nivel emocional y afectivo.

Los problemas de salud psíquica que se relacionan con el maltrato abarcan desde la baja autoestima y la depresión, hasta trastornos de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático (TEPT), incluyendo también el riesgo de suicidio, y el consumo o abuso de determinadas sustancias⁶⁵ (Tabla 1.1). Las consecuencias psicológicas de las mujeres maltratadas se relacionan también con la aparición de síntomas y enfermedades somáticas^{53,74}.

Ante una situación de VG es frecuente el desarrollo de depresión con autoestima negativa, sentimientos de desesperanza e incapacidad^{75,76}, sobre todo entre las mujeres más jóvenes⁷⁷. Diversos estudios han constatado que sufrir VG aumenta 3 veces la

probabilidad de tener baja autoestima y las víctimas tienen casi el doble de posibilidades de padecer depresión^{12,78}. En el metaanálisis de *Golding (1999)*⁷⁹, la prevalencia de depresión entre mujeres maltratadas oscilaba entre un 15 y un 83%. En el caso de mujeres embarazadas, se ha relacionado con la depresión postparto⁸⁰. También son frecuentes la dependencia, la labilidad afectiva, la falta de expresividad emocional y afectiva, la falta de disposición para solucionar problemas cotidianos, así como sentimientos de vergüenza y/o culpa⁸¹.

Entre los problemas psicológicos que puede acarrear la VG también se encuentran la disforia permanente a través de ansiedad, insatisfacción, inquietud, fobias o crisis de pánico, y trastornos del sueño. La frecuencia de síntomas de ansiedad entre mujeres maltratadas se sitúa en la bibliografía entre 16-54%⁶⁵. El TEPT, que incluye síntomas de ansiedad tras un acontecimiento traumático, se relaciona con las mujeres de menor edad⁷⁷. En el estudio de *Dutton et al. (2006)*⁸² se situaba la prevalencia de este trastorno entre un 31-84% de las víctimas de VG.

El riesgo de intento de suicidio o de autolesiones también es más alto entre las mujeres que sufren VG, con una probabilidad 8 veces superior⁸³. En su metaanálisis, *Golding (1999)*⁷⁹ encontró que el 13% de las mujeres maltratadas había tenido ideación suicida, y casi el 24% había intentado suicidarse.

De la misma manera, es frecuente que las víctimas desarrollen una conducta adictiva (abuso de sustancias como el tabaco, el alcohol, otras drogas o los psicofármacos) o compulsiva (alimentos, limpieza, compras, juego, entre otros)⁸¹. El consumo y abuso de determinadas sustancias se ha abordado de forma recurrente en los estudios sobre VG. Con frecuencia, el abuso de sustancias se ha expuesto como una manera de afrontar situaciones difíciles y estresantes⁶⁵. *Coker et al. (2002)*⁶¹ por ejemplo, encontraron que las mujeres que habían sufrido abusos de carácter físico y sexual referían consumir más alcohol,

tabaco y otras drogas que las no maltratadas. *Bonomi et al. (2009)*⁷⁶, mostraron que las mujeres que sufrían VG tenían 6 veces más posibilidades de abusar de sustancias. Sin embargo, otros autores⁸⁴ encontraron que las mujeres que abusaban de alcohol u otras sustancias tenían mayor riesgo de sufrir VG, ya que reducía su capacidad para protegerse y evitar la agresión. Por todo esto, la relación entre la VG y el abuso de sustancias parece estar clara, pero no así su dirección⁸⁵, estableciéndose una bidireccionalidad entre ambas⁸⁶.

Existen otros problemas psicológicos asociados a la exposición continuada al estrés, que pueden ocasionar cambios estructurales en determinadas partes del cerebro, afectando a la salud mental y a la función cognitiva. Se han relacionado con la VG cambios en los esquemas cognitivos (creencias alteradas sobre sí misma, otras personas, o el mundo), desconfianza, hipervigilancia, disminución de la atención, concentración y de memoria, amnesia de acontecimientos traumáticos, recuerdos intrusivos de las agresiones (revive experiencias traumáticas con estímulos irrelevantes), o episodios disociativos transitorios⁸¹. Asimismo, se vincula con síntomas como el insomnio, la fatiga, o mareos⁶³.

Además, estudios como el de *Pico Alfonso et al. (2008)*⁸⁷, encontraron una mayor prevalencia de trastornos de personalidad en las mujeres maltratadas. Las mujeres que habían sufrido tanto violencia física como psicológica presentaron más personalidades esquizoides, evasivas o autodestructivas, así como personalidades patológicas como la esquizotípica, límite o paranoica. Las mujeres víctimas de violencia sexual, además de maltrato físico y psicológico, padecían trastornos esquizoides y paranoides en mayor medida.

1.4.4 Consecuencias sociales

Las relaciones sociales de las víctimas de VG también se ven afectadas con frecuencia, pudiendo producirse situaciones de aislamiento social, tanto de familiares como de amistades. En ocasiones las mujeres deben cambiar su domicilio o ciudad para protegerse⁸⁸. También es frecuente que las víctimas presenten miedo o ansiedad al iniciar o mantener relaciones con otras personas, disminuyendo sus habilidades sociales⁸¹.

La desmotivación, desinterés y evitación de actividades y de lugares que anteriormente realizaban o frecuentaban también es una característica de las víctimas de VG⁸¹. Asimismo, las mujeres víctimas de VG tienen un mayor riesgo de absentismo laboral y desempleo⁵¹.

1.4.5 Consecuencias en otras personas

La VG ocasiona serias consecuencias en la salud de los/las hijos/as de las víctimas, en su entorno relacional, y en especial en personas dependientes de la mujer que sufre el maltrato⁴. En concordancia con esto, se ha encontrado que los hijos/as de relaciones en las que se produce VG, muestran más conductas antisociales y agresivas, con tolerancia alta a situaciones violentas, así como una mayor inhibición, sumisión o miedo⁴⁴. También suelen tener dificultades de aprendizaje y socialización, y mayor riesgo de ansiedad, depresión, y enfermedades psicosomáticas⁸⁹. En ocasiones, los menores son también agredidos, como muestra la *Macroencuesta (2015)*⁴¹, en la que el 37% de las mujeres refirieron que sus hijos/as también sufrieran el maltrato.

En el personal sanitario se producen consecuencias a nivel emocional. Escuchar los relatos de violencia, ser testigos del

sufrimiento y los daños físicos y emocionales que sufren las mujeres, pueden producir sentimientos de dolor, tristeza, rabia, agresividad, impotencia, afectando a la idea que tengan del mundo y las relaciones⁴.

1.5 ACTUACIÓN SANITARIA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

En la 49ª Asamblea Mundial de la Salud⁹⁰ de 1996, la OMS señaló la VCM como “una prioridad de salud pública en todo el mundo”. Los motivos principalmente señalados para establecer esta prioridad son:

- Prevalencia, ya que repercute en la salud de un porcentaje importante de la población femenina (más del 20% en la mayoría de los países).
- Influye negativamente en aspectos importantes de la salud como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar, la prevención de ETS y la infección por VIH.
- Los servicios de salud son el principal, y a veces el único, punto de apoyo de muchas mujeres maltratadas para recibir información y asesoramiento.

El gran impacto de la VG en la salud y bienestar de las mujeres, tanto a corto como a largo plazo^{51,52}, aumenta la probabilidad de que éstas busquen ayuda médica⁹¹, elevando un 19% el coste de los servicios sanitarios⁹⁸. La prevalencia en este ámbito se sitúa entre 15-59%, según datos de estudios internacionales^{47,92-97}. Se encontraron diferencias en la prevalencia en función del nivel asistencial y el tipo de servicio. Así se vio que, en los servicios de atención primaria de Estados Unidos, las cifras oscilaban entre 45-66% en algún momento

de su vida, descendiendo hasta 13-21% en una relación actual⁹⁹. En los servicios de urgencias, la prevalencia se situó entre el 30-60% a lo largo de la vida, y 12-20% en el último año⁶³. Sin embargo, otros estudios¹⁰⁰⁻¹⁰² señalan especialidades médicas del ámbito hospitalario como las más recurrentes, entre ellas, traumatología, psiquiatría u obstetricia.

En España, la literatura sitúa la prevalencia de VG durante la atención sanitaria entre 25-32%¹⁰³⁻¹⁰⁵ en servicios de atención primaria, llegando al 54% en los de urgencias¹⁰⁶. En el estudio realizado por *Ruiz Pérez et al. (2006)*¹⁰⁴, se muestra una distribución por tipos de violencia que cabe destacar, puesto que la mayor parte de las víctimas que acudieron a los servicios sanitarios de atención primaria refirieron violencia psicológica (31%), seguida de física (14%) y sexual (9%). En el trabajo de *Coll Vinent et al. (2008)*¹⁰⁷, también realizado en España, el 54% del personal de enfermería y el 33% del personal médico refirieron que era frecuente la asistencia hospitalaria de mujeres en situación de VG. En el mismo estudio, el 49% y el 34,5% del personal de enfermería y medicina, respectivamente, había detectado algún caso entre sus pacientes.

Según la *Macroencuesta (2015)*⁴¹, el 45% de las mujeres españolas que sufrieron violencia física y/o sexual y/o miedo por parte de sus parejas o exparejas, acudieron a algún servicio médico, legal o social. Los datos son superiores en el estudio de *Regueira Diéguez et al. (2015)*¹⁰⁸, dónde el 89% de las mujeres maltratadas fueron tratadas alguna vez en los servicios de urgencias, el 63% requirió hospitalización en alguna ocasión y el 52% tenía historial clínico en varios hospitales. En el estudio de *Kernic et al. (2000)*¹⁰⁹, la tasa de hospitalización de las mujeres víctimas de VG fue un 50% mayor que en el resto de las mujeres, siendo los motivos de ingreso más frecuentes los trastornos psiquiátricos, el intento de suicidio, los problemas digestivos, las lesiones o el envenenamiento.

A pesar de todo esto, según datos recientes de la *OMS* (2013)¹¹⁰ la VG todavía no está incluida en las políticas sanitarias de muchos países. El importante papel que el sistema sanitario y los/las profesionales de la salud tienen en la identificación, evaluación, tratamiento, intervención, documentación, derivación y seguimiento es poco entendido y aceptado en algunos programas nacionales y políticas de salud. Su alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, así como su carácter repetitivo y alto coste sanitario y social, hacen que su baja detección y retraso en el diagnóstico sean una preocupación de ámbito internacional⁴⁶.

La detección precoz, es decir, realizar el diagnóstico lo antes posible para llevar a cabo una intervención temprana, debe ser una prioridad para los/las profesionales sanitarios/as. En ocasiones, esto supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema, convirtiéndose el personal sanitario en el primer contacto de las víctimas con un servicio público de ayuda e información¹¹⁰. Además de atender a la seguridad inmediata de la mujer, realizar el diagnóstico lo antes posible está relacionado con su salud a largo plazo⁵⁶, ya que el no reconocimiento de la situación de maltrato puede conllevar a una nueva victimización de la mujer y a la cronificación del problema⁴⁶.

Lamentablemente, la tasa de detección de los casos de VG suele ser baja, retrasándose el diagnóstico entre 6 y 10 años tras el inicio del maltrato⁴⁸. Estudios como el de *Richarson et al. (2002)*⁹³, reflejaron que la VG fue registrada como sospecha o hecho probado en menos de 1/5 de los casos.

Para abordar la identificación temprana de las víctimas de VG, diversas asociaciones sanitarias (*Asociación Médica Americana*, *Colegio Americano de Médicos*, entre otras) apoyan el “screening universal”¹¹¹, es decir, preguntar a todas las mujeres que acuden a los servicios sanitarios sobre la VG. Sin embargo, otros como la *Sociedad*

Española de Medicina Familiar y Comunitaria, recomienda una postura activa, pero no un cribado a toda la población¹¹¹. Algunos autores^{112,113} consideran que esta entrevista debería realizarse si existen determinadas circunstancias, ya que en general, los estudios muestran que preguntar sistemáticamente a todas las mujeres aumenta la identificación de víctimas de VG, pero no se ha mostrado una reducción de la violencia ni ha aportado beneficios para la salud de estas mujeres ni la mejora de recursos clínicos. *Cano Marín et al. (2010)*¹¹⁴, señalan que la sospecha clínica siempre debe estar presente en los profesionales que atienden a mujeres, siendo recomendable la aplicación de algún método de cribado estandarizado.

En este sentido, ya en el año 1998, la OMS⁴⁶ definió ciertas funciones que el personal sanitario debía desarrollar en casos de VG, entre las que se encontraba la de *“preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia como tarea habitual”*. Además de ésta, sus recomendaciones incluían:

- Estar alerta ante posibles signos y síntomas de maltrato, haciendo un seguimiento.
- Ofertar atención sanitaria integral, registrando todo en la historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.

- Establecer una coordinación con otros/as profesionales e instituciones.
- Colaborar para dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

En el año 2013, la *OMS*¹¹⁰ incluyó nuevas recomendaciones para una adecuada atención de las víctimas de VG, que se recogen en la **Figura 1.5**.

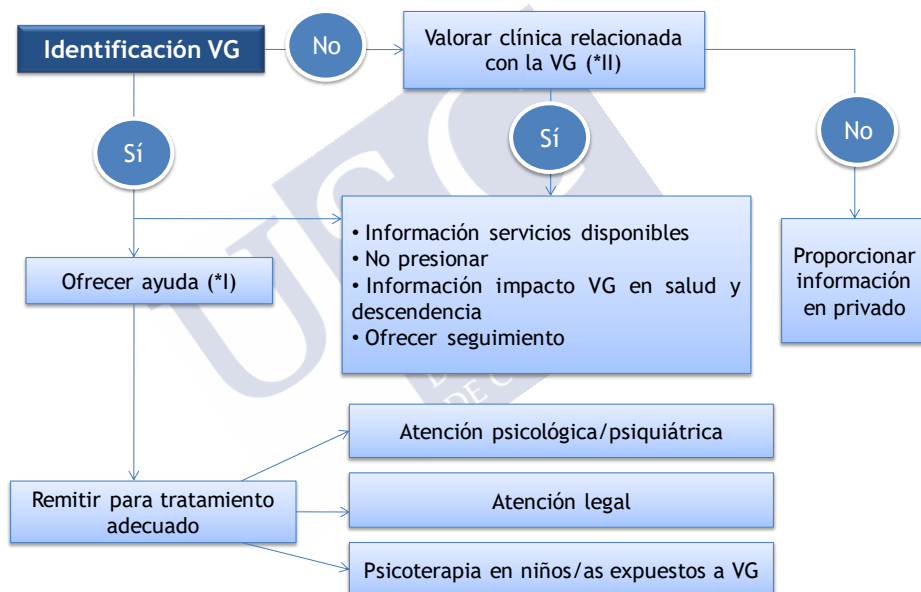


Figura 1.5. Esquema de atención a las víctimas de VG
(Elaboración propia basada en datos de la OMS, 2013¹¹⁰)

Según estas directrices¹¹⁰, una vez que la mujer revela una situación de VG debe recibir asistencia inmediata y privada (*I), que incluya:

- Cuidados prácticos, respondiendo a sus preocupaciones sin entrometerse.
- Preguntar sobre la historia de la violencia, escuchando cuidadosamente, sin presionar.
- No juzgar y ser comprensivo, creyendo lo que la mujer dice.
- Transmitir a la mujer los límites de la confidencialidad, cuando hay obligación de denuncia.
- Dar información sobre los recursos disponibles.
- Ayudarla a proteger su seguridad y las de sus hijos/as.

Si el personal sanitario no puede facilitar esa ayuda inmediata, deben asegurar que alguien la proporcione. Cualquier intervención debe ser guiada por el principio de no hacer daño, haciendo balance entre beneficios y perjuicios.

La *OMS (2013)*¹¹⁰ no recomienda realizar el cribado universal dentro de los servicios sanitarios. Sin embargo, sí aconseja que el personal sanitario, ante determinados síntomas clínicos o condiciones (*II), pregunte por la VG:

- Enfermedades gastrointestinales, ginecológicas (ETS, sangrados vaginales de repetición, dolor pélvico), del sistema nervioso central (dolor de cabeza, problemas cognitivos, pérdida de audición), urinarias (infecciones de vejiga o riñón), dolor crónico.
- Enfermedades como la depresión, la ansiedad, el TEPT, o trastornos del sueño. Intentos de suicidio o autolesiones.
- Problemas relacionados con la reproducción (desatención de los embarazos, múltiples embarazos no deseados).
- Lesiones repetidas con explicaciones poco claras.
- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Múltiples visitas a los servicios sanitarios.
- Actitud intrusiva del compañero sentimental.

1.5.1 Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género

En el año 2007, el *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* editó el “*Protocolo Común de actuación sanitaria ante la VG⁴*”, cuyo objetivo es proporcionar al personal sanitario unas pautas de actuación normalizadas y homogéneas, para la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento, de los casos de VG. Este protocolo fue actualizado en el año 2012 para mejorar la asistencia a las víctimas, teniendo en cuenta la experiencia acumulada durante ese tiempo. Está dirigido a afrontar cualquier tipo de VG, sufrida por mujeres mayores de 14 años, aunque las actuaciones se dirigen en mayor medida a la ocasionada por parte de parejas o exparejas sentimentales.

Según las recomendaciones de este protocolo, una atención sanitaria adecuada, debe contemplar la detección, valoración y las medidas de intervención.

1) DETECCIÓN

El personal sanitario debe indagar sobre la posibilidad de sufrir VG en cualquier mujer que acuda a los servicios sanitarios. Para ello, es necesario que conozcan los signos y síntomas que frecuentemente se relacionan con el maltrato y que aparecen recogidos en la [Tabla 1.2](#).

Cuando una mujer que acude a consulta presenta síntomas físicos recurrentes, como pueden ser los dolores crónicos, así como problemas ginecológicos o psicológicos, se debe mantener una postura de alerta frente a un posible caso de VG. Algunas de las señales que nos pueden hacer sospechar son el retraso en la demanda de asistencia, con la consiguiente presencia de lesiones en diferentes estadios de curación, la incongruencia entre el tipo de lesión y la causa

mencionada, lesiones en determinadas zonas corporales (cara/cabeza, brazos, muslos, genitales), por defensa (antebrazos, región dorsal) o típicas (rotura de tímpano).

Tabla 1.2. Signos y síntomas asociados con VG

- Problemas físicos frecuentes
- Características de las lesiones
- Problemas gineco-obstétricos
- Problemas psicológicos
- Situaciones de vulnerabilidad
- Abuso de sustancias
- Actitud de la mujer
- Actitud durante el embarazo
- Actitud durante el puerperio
- Actitud de la pareja
- Antecedentes de violencia
- Aspectos sociales
- Información por terceros de que la mujer está siendo maltratada

Se debe prestar especial atención a mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, como puede ser estar embarazada, presentar una discapacidad o tener personas dependientes a su cargo, así como ser consumidora habitual de determinadas sustancias. Si la mujer está embarazada y presenta lesiones físicas, inicia tarde los controles prenatales, existe bajo peso o sufrimiento fetal, o tiene antecedentes de aborto, se debe investigar un posible caso de VG. De igual manera, cuando en el periodo de puerperio una mujer retrasa las visitas neonatales, tiene desgarro o dehiscencia de la episiotomía, hipogalactia o depresión postparto, también se debe estar alerta.

Las actitudes que muestran, tanto la paciente como su pareja, durante la consulta clínica, pueden también reflejar que la mujer está

sufriendo VG. De esta manera, una paciente que está nerviosa o incómoda, que presenta rasgos depresivos o de ansiedad, que tiene falta de cuidado personal, con sentimientos de culpa o vergüenza, que minimiza sus lesiones, o que busca continuamente la aprobación de su pareja, tiene una alta probabilidad de estar sufriendo algún tipo de maltrato. Del mismo modo, un hombre que solicita estar presente durante la asistencia sanitaria de su pareja, que contesta por ella, controlador, preocupado o despreocupado en exceso, despectivo u hostil, pueden indicar que ejerce violencia hacia la mujer.

A la hora de entrevistar a una paciente de la que se sospeche que pueda estar sufriendo VG, el protocolo aconseja establecer un ambiente de confianza, a través de las recomendaciones incluidas en la **Tabla 1.3.**

Tabla 1.3. Recomendaciones ante la sospecha de VG

- Confidencialidad, hablar con la paciente a solas.
- Actitud empática, facilitando la expresión de los sentimientos.
- Escucha activa, facilitando la comunicación.
- Ser directos, al abordar el tema del maltrato.
- Secuencia lógica de preguntas, desde las más generales e indirectas a las más concretas y directas.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia.

2) VALORACIÓN

Tras la detección de una paciente que sufre VG o ante la sospecha fundada de la misma, el protocolo aconseja una valoración individual de cada mujer, adaptándose siempre a sus necesidades personales y sus tiempos. La valoración debe incluir:

- Valoración *integral* (exploración de las lesiones, del estado emocional y de la situación social).
- Valoración de la *violencia* (tipo, inicio, frecuencia, intensidad, comportamiento del agresor a nivel familiar y social, agresiones a otras personas).
- Valoración de *peligro extremo*.
- Valoración de las *expectativas* y de su situación.

El protocolo también establece unas recomendaciones para llevar a cabo esta valoración, que se recogen en la Tabla 1.4.

Tabla 1.4. Recomendaciones cuándo se conoce la VG

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Eliminar su sentimiento de culpa.➤ Alertar de riesgos.➤ No infravalorar su sensación de peligro.➤ Ayudar a ordenar ideas y a tomar decisiones.➤ No imponer criterios ni decisiones (aceptar su elección).➤ No emitir juicios, no poner su relato en duda, ni criticar su actitud o ausencia de respuesta.➤ No dar falsas esperanzas.➤ No recomendar terapia de pareja, ni mediación familiar.➤ No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer (si son necesarios hacerlo con estricto control médico).➤ No adoptar una actitud paternalista. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3) INTERVENCIÓN

Tras la detección y valoración de un caso de VG, el protocolo aconseja proporcionar a la paciente atención e información pertinente, así como derivarla a otros servicios, de ser el caso. Para una correcta intervención del personal sanitario, éste debe seguir las recomendaciones que aparecen en la **Tabla 1.5**.

Tabla 1.5. Recomendaciones para la intervención ante casos de VG

- Registrar en la historia clínica (sospecha y actuaciones).
- Informar a la mujer:
 - Plan de actuación sanitaria
 - Posibles consecuencias
 - Derechos
 - Recursos
- No verificar el testimonio de la mujer hablando con su agresor.
- Siempre que se emita un parte de lesiones, previamente hay que:
 - Valorar la seguridad de la paciente
 - Tomar medidas de protección
- Leer el parte de lesiones a la paciente antes de emitirlo.
- Indagar sobre malos tratos a otros miembros de la familia o personas allegadas.
- Contactar con el servicio de pediatría si hay hijos/as a su cargo.
- Tener en cuenta situaciones de especial vulnerabilidad (discapacidad, edad avanzada, embarazo, extranjeras, prostitutas, drogodependientes).
- Coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios.
- Promover la participación de las mujeres en grupos terapéuticos y/o de desarrollo personal.
- Formación propia, tomando conciencia de las actitudes, estereotipos, procesos personales, modos de relación y conflictos, que pueden interferir en una correcta atención sanitaria.

Es importante que el personal sanitario conozca el proceso de cambio por el que atraviesan las víctimas de VG, tras tomar conciencia de su situación, para poder realizar actuaciones correctas en cada momento.

En primer lugar, este proceso no es lineal, por lo que es frecuente que se produzcan retrocesos. Además, la respuesta de las mujeres está condicionada por diversos factores como el grado y características de la violencia, el daño e impacto en su salud, disponibilidad de recursos psicosociales y apoyos, determinados factores psicológicos y culturales, así como de si tiene hijos/as u otras personas a su cargo. De esta manera, las mujeres con independencia económica, apoyo familiar y social, es decir con situaciones igualitarias frente a su agresor, intentan en mayor medida dejar atrás la situación de malos tratos.

En todo el proceso es importante respetar y potenciar la autonomía de la mujer, también informarla de las alternativas de actuación y consecuencias probables tanto de actuar como de no hacerlo, así como de los beneficios y riesgos esperados, para que pueda tomar sus propias decisiones. Se debe prestar especial atención para que las mujeres comprendan que la situación de maltrato continuará e irá en aumento, para que sean conscientes del peligro que corren.

Las intervenciones de los/las profesionales sanitarios/as deben tener un carácter multidisciplinar, abordando tanto aspectos biológicos, como psicológicos y sociales, aplicando un modelo de atención integral de salud, que incluya a profesionales de otros sectores. Es fundamental que, a pesar de la derivación de la mujer, el personal sanitario siga realizando un seguimiento de la misma.

Si las actuaciones son llevadas a cabo en los servicios de urgencias (frecuentemente con lesiones más graves), el personal

sanitario debe atender primero el estado de salud de la mujer (tanto físico como psicológico), antes de la detección y valoración de la situación de VG. Si la mujer no precisa ingreso, se debe valorar la necesidad de una actuación urgente por parte de profesionales de psicología/psiquiatría y trabajo social. Cuando la gravedad de las lesiones lo requiera, se puede solicitar al Juzgado de Guardia la presencia en el centro sanitario de médicos forenses, para que las exploraciones y pruebas se realicen una vez, especialmente ante casos de agresiones sexuales.

Según el protocolo, la actuación del personal sanitario recogida en los tres pasos anteriores (detección, valoración e intervención), deberá orientarse de diferente manera en función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que la mujer se encuentre (Figura 1.6).

En los casos en los que la mujer niega el maltrato, el protocolo nacional recomienda anotar la sospecha en la historia clínica y realizar un seguimiento. Cuando la mujer sí admite sufrir VG, considera que se debe emitir el parte de lesiones, pero existen dos estrategias dependiendo de que si la mujer está o no en peligro extremo. Si el peligro es inminente (se cumple alguno de los factores incluidos en la Tabla 1.6), se cumplimentará siempre, pero si no se considera que exista tal peligro, el protocolo recomienda emitir el parte “cuando proceda”. El problema puede surgir cuando la mujer solicita que no se emita el parte a pesar de que el profesional vea claros indicios de maltrato.



Figura 1.6. Algoritmo de actuación sanitaria ante la VG
(Elaboración propia basada en el *Protocolo Común*, 2012⁴)

Tabla 1.6. Factores de riesgo/peligro extremo ante la VG

- Amenazas con armas (o uso).
- Amenazas/ intento homicidio (mujer o hijos/as).
- Amenazas/ intento suicidio (mujer).
- Maltrato a otros miembros de la familia.
- Presencia de lesiones graves.
- Amenazas/acoso a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad/frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Alteraciones psicológicas (trastorno paranoide, celos, control obsesivo).
- Aislamiento y abuso de sustancias

1.5.2 Guía técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género

Siguiendo las directrices marcadas por el *Protocolo Nacional*⁴, en el año 2009, la Comunidad Autónoma de Galicia publicó la “*Guía Técnica del Proceso de Atención a las Mujeres en situación de Violencia de Género*¹¹⁵”, sentando así las bases para una correcta actuación del personal sanitario. Entre sus objetivos podemos destacar:

- Mejorar la detección de casos de VG.
- Facilitar la toma de decisiones del personal sanitario.
- Formar y sensibilizar a los/las profesionales sanitarios/as.
- Detectar situaciones de riesgo, preguntando con regularidad a todas las mujeres sobre sus relaciones de pareja.

La guía establece, al igual que el protocolo nacional, que las víctimas de VG deben tener una atención preferente. En el caso de violencia sexual, la exploración general debe ser realizada por el ginecólogo (si puede ser mujer) y el forense, evitando una doble exploración. La atención de las mujeres en el servicio de urgencias requerirá atención psiquiátrica/psicológica urgente.

Del mismo modo, cuando sólo se tiene sospecha del maltrato, la guía gallega aconseja gestionar una consulta de seguimiento semanal o quincenal. En las entrevistas, sin compañía, se debe realizar una exploración general en busca de posibles lesiones físicas o sexuales. A diferencia del *Protocolo Nacional*⁴, esta Guía aconseja cubrir el parte de lesiones ante la sospecha o confirmación de cualquier tipo de VG.

Cuando la mujer presenta una situación de VG reconocida, se recomienda, al igual que en el *Protocolo nacional*⁴, determinar la situación de riesgo que presenta la mujer, evaluándolo con la víctima.

A diferencia de éste, la guía gallega establece que en el caso de que exista peligro extremo se debe contactar con el *Centro de Información de los derechos de la mujer* o con el *Centro de Información y Asistencia a las mujeres*. Si no se considera que exista tal riesgo, las recomendaciones de la guía son:

- Incluir a la mujer en programas de atención psicológica.
- Remitirla a los servicios especializados municipales.
- Valorar contacto con otros/as profesionales.
- Planear una estrategia de seguridad en situación extrema.
- Dar información sobre los recursos sociales disponibles.
- Gestionar consultas de seguimiento mensual.

1.6 EL PARTE DE LESIONES

La VG es un problema de salud con repercusiones jurídico-legales. Por este motivo, los/las profesionales sanitarios/as no sólo deben tratar las lesiones físicas o psicológicas que sufran las pacientes, sino también poner en conocimiento de la autoridad judicial la situación de maltrato, a través del parte de lesiones (PL).

De esta manera, podemos decir que el PL es un documento médico-legal que permite la comunicación entre el personal sanitario y las autoridades judiciales, para que estos últimos conozcan la posible existencia de un delito. Su elaboración y envío, además de ser una recomendación incluida en guías y protocolos, constituyen una obligación legal y deontológica.

1.6.1 Carácter obligatorio y finalidad de su elaboración

El PL es un documento de notificación obligatoria, mediante el que se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer⁴.

Su elaboración y envío, responden a un imperativo legal (*Real Decreto de 14 de septiembre de 1882*, aprobatorio de la *Ley de Enjuiciamiento criminal*¹¹⁶ y *LO 10/1995, de 23 de noviembre, del CP*²⁸) y deontológico (*Código de Deontología Médica 2011*¹¹⁷), debiendo elaborarse cuando el personal sanitario atiende un problema de salud que pudo haber sido causado por un delito, o pudiera tener cualquier otra implicación médico-legal.

De esta manera, la *Ley de Enjuiciamiento criminal*¹¹⁶ en su artículo 262 recoge: “*Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratase de un delito flagrante*”. Además, añade que la sanción económica sería mayor “*si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales*”. En el artículo 355, especifica que “*si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquiera novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez Instructor*”.

En el *Código Penal*²⁸, el artículo 408 establece que “*la autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de*

inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años”. En el artículo 450 va más allá, disponiendo que: “1) *El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél.* 2) *En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia*”.

Además, la comunicación del maltrato también aparece recogida en el **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de septiembre, por el que se establece la **Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud**¹¹⁸, en su Anexo II (apartado 6.6.3.) y en el Anexo IV (apartado 2.8), recoge como “*una función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de VG*”.

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer, derechos recogidos en la **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la **autonomía del paciente** y de **derechos y obligaciones** en materia de información y documentación clínica¹¹⁹.

Se debe atender también a la **LO 3/2018**, de 5 de diciembre, de **Protección de Datos Personales** y garantía de los **Derechos digitales**¹²⁰, que se extiende a todo el personal sanitario implicado en la atención sanitaria de la paciente. La confidencialidad abarca el

registro y acceso a la historia clínica, los datos personales, así como garantizar un ambiente de intimidad.

En este sentido, el *Código de Deontología Médica (2011)*¹¹⁷ recoge que “*el secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica*” (artículo 27.2). “*El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en determinados casos*” entre los que se incluye (artículo 30):

- “*Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo*”.
- “*Por imperativo legal, en el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado, y ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto*”.

A pesar del carácter obligatorio de la comunicación de una situación de VG en España, en el estudio de *Regueira Diéguez et al. (2015)*¹⁰⁸, sólo en el 26% de los casos de mujeres que recibieron atención médica se emitió un PL; y según datos del *CGPJ*⁴², poco más del 9% de las denuncias recibidas fueron a través de estos documentos.

En el contexto de la VG, el personal sanitario no debe plantearse este documento sólo como una obligación, sino como una medida preventiva para proteger la salud de la víctima. La importancia de la emisión del PL radica en que, al realizarse habitualmente en un momento próximo a la agresión, muchas veces constituye la única prueba del posible delito con la que cuentan los juzgados. Este hecho es de vital importancia también para el posterior informe forense ya que, con frecuencia, las lesiones ya han desaparecido cuando éste realiza la valoración de la víctima¹²¹. También es de gran utilidad para impulsar las medidas de protección⁴ y apoyar el testimonio de la víctima^{122,123}. Es importante como prueba judicial, tanto si la víctima decide denunciar como si no, en previsión de que pueda hacerlo más adelante, utilizándolo como elemento probatorio de la habitualidad y reincidencia del hecho violento^{57,124}. La falta de pruebas documentales, sobre todo ante violencia psicológica, puede llevar a la absolución del acusado^{122,125}.

Por todo esto, ante la certeza o sospecha fundada de un caso de VG, el PL debe ser remitido al Juzgado de Guardia, con el fin de asistir y proteger a las víctimas, pero también para perseguir el delito.

1.6.2 Contenido, estructura y tramitación

En la elaboración del PL, el profesional sanitario debe realizar una valoración rigurosa del estado de la mujer, no sólo de las lesiones físicas que presente, sino también de la agresión, del presunto agresor y de su situación personal, además de otros aspectos, que permitan detectar el riesgo al que está sometida^{121,126}.

Los protocolos de actuación sanitaria en casos de VG, elaborados tanto a nivel nacional⁴ como autonómico¹¹⁵, ofrecen recomendaciones para la cumplimentación de los PL (**Tabla 1.7**).

Tabla 1.7. Datos que deben aparecer en un PL ante un caso de VG

- Datos del personal
 - Datos filiación de la paciente
 - Datos del presunto agresor
 - Exposición de los hechos
 - Mecanismo lesivo/tipo de violencia
 - Testigos/otros agredidos
 - Descripción de las lesiones
 - Fotografías de las lesiones
 - Estado psicológico o emocional de la paciente
 - Datos de la primera atención
 - Medidas terapéuticas/pruebas complementarias
 - La paciente acude sola/acompañada
 - Pronóstico clínico
 - Plan de actuación/derivación a otro servicio
 - Antecedentes de violencia
 - Riesgo percibido por la paciente/actitud frente a la denuncia
 - Reflejo de cuándo y cómo se comunica al Juzgado la situación
-

Hacen hincapié en que es importante incluir la siguiente información:

- Datos del **personal** que realiza la primera asistencia a la víctima (nombre, apellidos, cargo y servicio). Según el *Protocolo Nacional*⁴ también deben aparecer el centro sanitario y el número de colegiación. Con respecto a los datos de filiación de la **paciente**, siguiendo el protocolo, se deben incorporar: nombre y apellidos, DNI/NIE/pasaporte, fecha de nacimiento o edad, país de origen (nacimiento y nacionalidad), estado civil, dirección (municipio y código postal), y teléfono. Además, si la mujer presenta alguna discapacidad debe reflejarse el tipo y el grado; si tiene descendencia, cuántos hijos/as y las edades; y la existencia de personas dependientes

a su cargo. Se considera que la mujer está en una situación especial de vulnerabilidad en circunstancias como la migración, desempleo, residencia en medio rural, embarazo o puerperio, edad avanzada, discapacidad, enfermedad mental grave o drogodependencia.

- **Exposición de los hechos** que motivaron la asistencia, relatados de manera textual según la declaración de la paciente siempre que sea posible, incluyendo fecha, hora y lugar. Aquí es importante la descripción del **mecanismo u objeto** que se utilizó en la agresión, así como la referencia al **tipo de maltrato** (físico, psíquico o sexual). Según el *Protocolo Nacional*⁴ también debe aparecer si existe sospecha de que la casusa de las lesiones sea diferente a la referida por la mujer.
- **Exploración física** realizada, describiéndose detalladamente el tipo, la morfología, el tamaño, la localización y el número de **lesiones**. Según el *Protocolo Nacional*⁴, se debe incluir el color y el estado evolutivo de las lesiones, que facilitará la estimación de la fecha de producción. También si hay **lesiones internas** o la sospecha de que pueda haberlas. La exploración debe ser completa, no sólo de las partes indicadas por la paciente. En el caso de exploración ginecológica, ésta debe ser realizada por personal experto (médico especialista en ginecología y médico forense) y se debe proceder a la toma de muestras. Se recomienda hacer **fotografías** de las zonas con lesiones, después de la autorización por escrito de la mujer. En casos de agresión sexual, debe ser examinada por personal forense y de ginecología, por lo que se debe remitir directamente a un centro hospitalario. Se recomienda también incluir las **pruebas complementarias** solicitadas y obtenidas. Las pruebas deben introducirse en sobres cerrados e individuales etiquetados, con fechas, nombre de la mujer, sello

y firma del facultativo. Las pruebas deben entregarse al forense de guardia o en su defecto al Juzgado de guardia.

- **Estado psicológico o emocional** de la paciente en el momento de elaborar el PL. Si hay personal de psiquiatría debe ofrecerse una interconsulta. También debe constar la administración de tratamiento psicológico, de ser el caso. En este aspecto se recomienda tener cuidado, ya que la prescripción excesiva de sedantes puede disminuir la capacidad de respuesta de la mujer. El maltrato psicológico se caracteriza por amenazas, vejaciones, insultos o el ahogamiento económico. Es mucho más difícil de demostrar, al igual que la relación causa-efecto entre la violencia y los síntomas psíquicos o psicosomáticos. Se recomienda elaborar el PL ante cualquier lesión, no sólo física. A pesar de esto, la notificación judicial de lesiones exclusivamente psíquicas es excepcional⁵⁷.
- **Antecedentes de violencia**, describiendo la existencia de lesiones previas como prueba de habitualidad o reiteración. También si es la primera agresión o ha habido episodios previos de violencia. Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar el inicio y describir sus características (tipo, frecuencia, intensidad), la existencia de denuncias previas y de su evolución.

Las recomendaciones del *Protocolo Nacional*⁴ también establecen incluir otros datos como:

- Datos del **presunto agresor** (nombre, dirección y/o teléfono y la relación/vínculo con la mujer presuntamente maltratada). Es muy importante detallar el parentesco del presunto agresor con la mujer, porque el proceso judicial que se desencadene no será el mismo. Los casos de VG pasarán a cargo de un juzgado con competencias en esta violencia, tal y como se recoge en la LO

1/2004⁹. De otra manera se retrasará el proceso. Es relevante también reflejar los antecedentes médicos que pudieran estar relacionados con el maltrato, con el fin de dar la visión cronológica de los acontecimientos, la posible existencia de maltrato habitual, relacionando los datos recogidos con la historia clínica.

- Fecha y hora de la **primera atención** sanitaria. Si la paciente acude **sola** o **acompañada**, reflejando el nombre y la relación con el acompañante. **Medidas terapéuticas** realizadas durante la asistencia sanitaria y el **pronóstico clínico**. Si hubo **otros agredidos** durante el incidente o en otras ocasiones, o **testigos** de la agresión. El **plan de actuación**, es decir, si la paciente recibe el alta, es derivada a otro servicio o precisa ser ingresada. Aspectos de seguridad y **riesgo** percibidos por la mujer, así como su **actitud** frente a la denuncia. Se debe reflejar si se ha puesto en **conocimiento del juzgado** telefónicamente y especificar cuándo. Debe incluirse cualquier dato no recogido anteriormente, y que el personal sanitario considere importante comunicar al juzgado de guardia.

Se ha debatido mucho a la hora de diseñar el modelo de PL. Por un lado, algunos profesionales sanitarios piensan que, debido a las características específicas de la VG debe existir un impreso exclusivo para este maltrato, que aumente la sensibilización del personal sanitario¹²⁴. Sin embargo, por otro lado, los que están a favor de un impreso común para cualquier incidencia creen que la excesiva burocracia de los servicios sanitarios dificultaría su labor¹²⁷. En lo que coinciden ambas posturas es que cualquier modelo de documento normalizado siempre facilita, simplifica y promueve la equidad⁵⁷. En el caso de que el modelo no sea específico para VG, esta aclaración debe ser realizada, con el fin de dirigir el documento por las vías específicas para casos de VG⁴.

A pesar de que en la mayoría de los centros sanitarios ya existen modelos normalizados, basados en las pautas anteriormente descritas, lo cierto es que en ocasiones no se cumplimentan de manera adecuada¹⁰⁸. En el estudio de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, se puso de manifiesto que el 42% de los documentos analizados presentaban una calidad intermedia y algo más del 30% una calidad baja. Esto puede provocar problemas en la interpretación por parte del médico forense.

Es importante adiestrarse para conocer bien el documento, así como tomarse el tiempo necesario para su cumplimentación. En caso de que el modelo de PL todavía no esté informatizado, se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (pueden interpretarse como manipulación)⁴. En ocasiones, la ilegibilidad de los PL impide conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia, de la gravedad de la agresión. Ello dificulta la posterior evaluación pericial por parte del médico forense y también la valoración por parte del juez^{121,124}. Es necesario también cuidar el lenguaje que utilizamos en el PL. No deben usarse los términos víctima ni agresor, sino paciente y presunto agresor. El parte debe ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia. Pero es importante recordar que legalmente, y en caso necesario, cualquier profesional puede redactar la comunicación o PL en un folio y firmarlo⁴.

Una vez elaborado, el PL se enviará, por la vía más rápida posible, al Juzgado de Guardia. Se entregará un ejemplar a la persona interesada (siempre que no comprometa su seguridad), y otro se guardará en la historia clínica de la mujer en el centro sanitario donde fue atendida. Su envío a la autoridad judicial supone, generalmente, su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados. Una vez tiene lugar su registro de entrada en la correspondiente oficina

judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma⁴.

Siempre que se emita un PL, la mujer debe ser informada previamente del contenido del documento, valorando con ella su seguridad, y tomando las medidas necesarias para su protección, además de reflejar la situación en la historia clínica. Además, es importante que conozca los pasos que siguen el documento y las consecuencias que se derivan del mismo. Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el PL, el juez puede archivar la causa o puede instruir el procedimiento más oportuno en su caso, si hay sospechas consistentes de VG. Si los confirma, el juzgado puede ordenar la continuación del procedimiento y una orden de protección con medidas penales y civiles, pudiendo llegar a celebrarse juicio y dictarse sentencia⁴.

Además del PL, previamente comentado, los/las profesionales sanitarios/as que atienden a la mujer deben elaborar un informe médico, que recoja más ampliamente el estado físico y de salud de la paciente, así como la asistencia sanitaria recibida, complementando el PL. Dicho documento tiene también importancia judicialmente, ya que al igual que se mencionaron los beneficios de los PL anteriormente, el informe médico también puede servir como prueba para demostrar el carácter habitual o reincidente del maltrato^{57,124}, o para dotar de valor probatorio el testimonio de la víctima^{122,123}. En ocasiones, es el único documento que se elabora en los servicios sanitarios, como refleja el estudio de *Regueira Diéguez et al. (2015)*¹⁰⁸, en el que se elaboraron informes médicos en un 97% de los casos, mientras que PL sólo en un 29%.

1.6.3 Dilema ético

El PL no es una denuncia en sí mismo, sino una descripción de unos hechos clínicos, que pueden tener una causa conocida o no¹²⁷. Sin embargo, su emisión puede suponer un conflicto ético para el personal sanitario, especialmente cuando las mujeres no están de acuerdo con esta notificación de los malos tratos. Los motivos que tienen las mujeres para no querer denunciar son diversos, como aparece reflejado en la literatura^{46,129,130}: debilidad física, psicológica y/o social, miedo a represalias por ella u otros, agravamiento de la situación, dependencia afectiva o económica, vergüenza, falta de apoyo familiar o social, falta de información y atención, desconfianza, o creencias culturales, entre otros. De esta manera, el personal sanitario puede encontrarse en el dilema de decidir entre cumplir con su deber y lo que la ley obliga, o el respeto a la autonomía de las mujeres y sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad. Por un lado, se enfrenta la protección de la salud, previniendo futuras acciones que pudiesen ser perjudiciales para la mujer, y por otro la autonomía de la paciente, el derecho a decidir lo que quiere hacer. Emitir un PL sin el consentimiento de la mujer podría ser considerado una violación del secreto profesional. Sin embargo, la Ley establece que, ante la sospecha de un delito, la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico.

Esta controversia con respecto a la obligatoriedad de denuncia por parte de los/las profesionales de la salud en casos de VG, aparece reflejada en la literatura. Algunos autores aseguran mayores beneficios con la emisión del PL. Se alude al deber de protección de la víctima a través del establecimiento de medidas preventivas, para evitar futuras lesiones que puedan llevar incluso a la muerte, y a la persecución del posible delito, ya que constituye una prueba legal contra los agresores^{131,132}. También se ponen a disposición de la mujer diversos recursos, con el fin de ayudarla a enfrentarse a la situación de

cambio¹³³. Sin embargo, otros^{130,134,135} consideran que su elaboración puede aumentar el peligro para la víctima por represalias del agresor, y que puede ocasionar la pérdida de confianza de la mujer en los profesionales, con la posible ruptura de la relación médico-paciente, una nueva invisibilidad de la violencia, y una doble victimización de la mujer por no respetar su autonomía. Sobre todo, se centran, en que la adopción de medidas legales no es una garantía de protección total para la mujer^{134,136}.

Según *Aretio (2007)*¹³⁰, la denuncia en contra de la voluntad de la mujer puede lograr el efecto contrario al que queremos conseguir, aumentando la violencia y la insatisfacción profesional. En concordancia, *Castelló et al. (2012)*¹³⁷, opinan que cuándo una paciente, adulta y capaz, no refiere una agresión, no se debería romper la confidencialidad, ya que no consideran que la investigación de la veracidad de los relatos de las pacientes sea una labor del personal sanitario. La *OMS (2013)*¹¹⁰, estima que no existe evidencia suficiente que justifique la obligatoriedad de denuncia por parte de los profesionales, y otros autores¹³⁸, examinando los argumentos a favor y en contra, subrayan que se requieren más estudios sobre el tema.

Por supuesto, la actuación a seguir ante víctimas menores de edad, con alteraciones mentales o incapacitadas legalmente, sería en cualquier caso la emisión del PL¹²⁷. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la VG provoca en las mujeres situaciones de mayor vulnerabilidad y fragilidad, pero no elimina su autonomía. Por eso, a pesar de la obligatoriedad de denuncia por parte de los/las profesionales de la salud, siempre se deben tener en cuenta las opiniones y decisiones de las mujeres antes de elaborar y presentar el PL, sin imponer nunca nuestro criterio¹³⁹. Las víctimas de VG deben ser informadas de que la tramitación de este documento es una obligación legal, y que su función principal es protegerlas. El/la profesional debe analizar con la mujer las consecuencias y el riesgo

que puede implicar emitir o no el PL, estableciendo las medidas de protección adecuadas, valorando la no maleficencia por delante de la beneficencia. Una vez que se le informa de sus derechos, debemos apoyarla para que aclare sus ideas, respetando el tiempo que precise, y ayudándola a tomarlas medidas que ella considere necesarias. Hay que tener en cuenta que cada caso es individual, por eso la valoración de cada mujer debe ser personalizada. Cuando se sospeche que la emisión del documento puede suponer un riesgo grave para la mujer, u otras personas, se debe establecer un plan para superar la situación, pero garantizando en primer lugar su seguridad^{4,139}.

La *OMS (2013)*¹¹⁰ sí recomienda la denuncia por parte de los/las profesionales sanitarios/as ante sucesos que amenacen la vida. Si se cree que no existe una situación de riesgo extremo, se puede aplazar durante unos días la toma de decisiones, para que la mujer pueda reflexionar acerca de la situación. En el caso de que el profesional decida no emitir el PL porque su paciente así se lo pide, debe investigar qué motivos la mueven a tomar esa postura, tratando de resolver los que estén en su mano. En todo caso, el personal sanitario debe dejar constancia de todo lo conocido, y todas las actuaciones realizadas en la historia clínica. *Barbero (2004)*¹⁴⁰ recoge que esta actuación, que va en contra de la norma, debe ser una excepción, justificada por no hacer un mal mayor y como último recurso, tratando de cambiar la situación en el menor tiempo posible. La omisión ante casos de VG está considerada maleficente al igual que el propio maltrato.

1.7 OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las mujeres que sufren VG visitan con más frecuencia los servicios sanitarios que las no maltratadas, aunque en ocasiones no revelen la situación de maltrato. Por eso, el personal sanitario es, en muchas ocasiones, el primer profesional o el único con el que contactan las víctimas, teniendo un papel crucial en su detección y atención, además de ser un importante punto de apoyo¹¹⁰.

En primer lugar, es importante que el personal sanitario sea capaz de detectar los casos lo antes posible, pudiendo reducir de esta manera las consecuencias y el sufrimiento de las víctimas¹⁴¹. El *Protocolo Nacional*⁴ recomienda preguntar sistemáticamente a las pacientes. Sin embargo, los profesionales a veces desatienden la obligación de indagar, incluso aunque las mujeres presenten lesiones. *Arredondo Provecho et al. (2008)*¹⁴² describen en su estudio que más de un tercio del personal sanitario no investiga sobre maltrato ante pacientes con lesiones, y más de la mitad no se plantea un diagnóstico diferencial de VG. Si hablamos de pacientes, la literatura señala que solo aproximadamente un 25% de las mujeres son preguntadas por este problema^{47,75}.

La infravaloración en el ámbito sanitario provoca que en ocasiones el diagnóstico ocurra cuando se ha producido la muerte. Por eso, ante determinados indicios, los/las profesionales sanitarios/as tienen el deber de investigar, ya que en la mayoría de los casos las mujeres no cuentan abiertamente que sufren VG. Incluso algunas pueden no sentirse maltratadas¹⁴¹. Para ello, se recomienda un clima de confianza, empatía y confidencialidad, para favorecer la expresión de los sentimientos, pero también para preguntar, empezando por preguntas facilitadoras y posteriormente más explícitas^{57,139}. Debido al carácter específico del diagnóstico de los casos de VG, es necesario

que el personal sanitario tenga una formación específica, así como que los protocolos establezcan una determinada actuación a seguir para facilitar su trabajo¹²⁶.

Una vez detectado el caso, la actuación del personal sanitario no debe estar restringida a la curación de lesiones físicas tras una agresión, sino que se le debe proporcionar a las mujeres maltratadas una intervención integral, teniendo en cuenta su estructura familiar y situación económico-social, e incluyendo un seguimiento para su recuperación total tras el suceso¹²⁶. Además, se debe tener en cuenta que la mujer maltratada pasa por un proceso lento, con altibajos y en ocasiones, retrocesos. Es decir, al principio, sobre todo, la mujer puede no ser consciente del problema, por lo que la función principal de los/las profesionales sería la de informar e invitarla a la reflexión. Sin embargo, una vez reconocido el maltrato, la mujer expresará sus dudas y temores, por lo que el personal sanitario deberá ayudarla y apoyarla a establecer un plan de actuación¹²⁷.

Se han identificado algunas circunstancias que dificultan una adecuada actuación sanitaria por parte de los profesionales. Por un lado, barreras institucionales como falta de tiempo, de privacidad, o de recursos, entre otros. Pero, por otro lado, también se han señalado obstáculos relacionados con los propios profesionales, que incluyen la incomodidad o inseguridad personal, el miedo a ofender a la víctima, o el miedo a represalias por parte de los agresores, todos estrechamente relacionados con la falta de formación^{141,143}.

A pesar de que en la actualidad la mayoría de los programas curriculares relacionados con el sector sanitario cuentan con formación específica sobre VG, lo cierto es que en ocasiones los propios profesionales revelan su desconocimiento e inseguridad a la hora de atender estos casos^{142,144-146} y piden una mayor capacitación¹⁴⁷⁻¹⁴⁹ tanto teórica como práctica^{150,151}. En un estudio realizado por *Coll Vinent et al. (2008)*¹⁰⁷ se evaluó la opinión del personal sanitario,

concluyendo que éstos estaban sensibilizados frente al problema de la VG, pero no lo consideraban un problema de salud y aludían falta de preparación para afrontar este tema. En el estudio de *Valdés Sánchez et al. (2016)*¹⁵², el personal de enfermería mostró un nivel de conocimiento medio, aunque la mayoría consideraba que no era suficiente para tratar este problema. Esto puede deberse a que frecuentemente los estudios sanitarios tienen un enfoque biológico, y no abordan los aspectos psicosociales, que deben estar presentes para una adecuada atención sanitaria¹⁵³. Como consecuencia, los profesionales desconocen determinadas estrategias y actuaciones para manejar situaciones difíciles e incómodas, que suelen aparecer recogidas en protocolos. Un ejemplo lo encontramos en el trabajo de *Ferreira Acosta et al. (2017)*¹⁵⁴, donde el personal de enfermería encuestado, de Brasil, no conocía las guías y leyes que dirigían las prácticas específicas de cuidado de estas víctimas. Según datos de la *OMS (1998)*⁴⁶, el adiestramiento y disponer de protocolos, mejora la sensibilidad de los profesionales en este tema, mejorando por tanto su actuación sanitaria.

Sería deseable sensibilizar y formar a los/las profesionales sanitarios/as en la detección y prevención del maltrato, pero también mejorar sus habilidades sociales y comunicativas¹⁴¹ para realizar una entrevista psicosocial y enseñar a realizar preguntas de cribado de forma habitual¹⁵².

Una inadecuada formación del personal sanitario puede hacer que éste no considere la VG un problema de salud, creyendo que no es tan frecuente¹⁵⁵. Además, la existencia de percepciones erróneas sobre la VG y los perfiles de víctima y agresor, relacionados con las ideas sociales más extendidas, pueden influir negativamente en la actuación de los profesionales. Algunos estudios reflejaron que el alumnado de profesiones sanitarias que no había recibido formación mostraba creencias y actitudes menos críticas y percepciones erróneas sobre la

VG^{146,156}. Se ha descrito que todavía persisten creencias tradicionales que consideran la VG como un asunto privado¹⁵⁷ o un problema social¹⁵⁸. En el estudio de *Arredondo Provecho et al, (2008)*¹⁴², un porcentaje alto de profesionales sanitarios consideraba esta violencia un problema de clases sociales bajas, y la asociaba con determinados perfiles de la víctima y el agresor. Sin embargo, se ha visto que la formación, tanto en estudiantes^{159,160} como en profesionales^{161,162}, mejora los conocimientos y actitudes frente a la VG. Por este motivo, es recomendable que las instituciones faciliten y ofrezcan formación al personal sanitario, enfocada en la eliminación de posibles mitos o falsas creencias en torno a la VG, así como que se les proporcionen las herramientas necesarias para que puedan dar una respuesta sensible y efectiva a las víctimas de la VG¹³³. Por otro lado, los propios profesionales deben posicionarse activamente para la adquisición de estos conocimientos y habilidades¹⁴¹.

Las afectadas por la VG acuden con frecuencia a los servicios sanitarios por problemas de salud derivados directamente de las agresiones, pero en ocasiones acuden por consecuencias indirectas de la violencia¹⁰⁷. Estos problemas son, en muchos casos, difíciles de relacionar con el maltrato¹⁶³. Por eso es importante que la formación de los/las profesionales sanitarios/as también se centre en reconocer las múltiples patologías que se relacionan con la VG, lo que favorecerá la detección de los casos, aunque la mujer no lo manifieste⁹¹, e incluso la prevención, detectando determinados factores de riesgo e indicadores de sospecha¹¹.

Para todo esto, la *OMS (2013)*¹¹⁰ recomienda que la formación del personal sanitario incluya:

- Capacitación para prestar ayuda inmediata.
- Habilidades apropiadas (cuándo y cómo preguntar sobre VG, cómo responder a las víctimas).

- Conocimientos básicos sobre violencia, leyes y servicios.
- Eliminación de actitudes inapropiadas.
- La actuación debe incluir: identificación temprana, evaluación del estado de salud, planeamiento, comunicación e información, documentación, y derivación a otros servicios.

En ocasiones, el personal sanitario menciona la incomodidad personal^{143,144,155,164} como un problema para una adecuada atención sanitaria. La *OMS (2013)*¹¹⁰ les recomienda preguntar abiertamente a las mujeres, para poder detectar situaciones de VG. Sin embargo, es frecuente que se refiera miedo a ofenderlas¹⁴⁶, o vergüenza por si las mujeres se sienten incómodas. El informe de la *FRA (2014)*⁴⁰ muestra que el 87% de las mujeres encontraría aceptable que los médicos les preguntasen rutinariamente por la violencia si presentasen ciertas lesiones o características. En la misma línea, encontramos estudios en la literatura como el de *Bradley et al. (2002)*⁹², en el que más del 70% consideraba adecuado que se les preguntase; o el de *García Torrecillas et al. (2008)*⁷⁵, dónde más del 96% aceptaría tener esa conversación. En ambos estudios, las mujeres preguntadas fueron escasas. Las mujeres que han sido expuestas al maltrato valoran la escucha atenta, la confidencialidad, el cuidado y el no ser juzgadas por parte de los profesionales de la salud¹⁶⁵. En el estudio de *Kramer et al. (2004)*⁴⁷, el 86% de las mujeres confirmó que revelaría el abuso si se les preguntase de manera directa, con respeto y en un ambiente privado. Es importante señalar que el mero hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico.

Algunos profesionales señalan también la preocupación por hacer un diagnóstico erróneo, su seguridad personal, o aumentar los problemas de las víctimas¹⁵⁵, o el miedo a involucrarse en asuntos legales¹⁵⁷. Es importante destacar, que el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de los profesionales que emitan un PL, pudiendo ser llamados a declarar solamente como testigos o peritos¹⁶⁶. Además,

para algunos autores¹⁶⁷ estas situaciones no justifican el no actuar frente a un caso de VG.

Otros problemas a los que el personal sanitario se enfrenta son la falta de privacidad e intimidad en la consulta^{143,168}, sobrecarga asistencial^{142,145}, o la falta de tiempo^{143,144,148,155} y de recursos^{143,147,148,169}. De hecho, según *Aretio (2007)*¹³⁰, no todos los espacios sanitarios resultan igual de beneficiosos para establecer el clima necesario para atender casos de VG. Pone por ejemplo las consultas de atención primaria, en la que los profesionales suelen conocer a su cupo de pacientes, y la mujer puede sentirse mejor a la hora de comunicar su situación, mientras que en urgencias hospitalarias esto resulta más complicado. Es importante mejorar estos aspectos, ya que se ha detectado que el acceso a recursos y apoyo son factores protectores y de inflexión para que las mujeres cambien su situación de violencia¹⁷⁰.

Como hemos expuesto, es fundamental eliminar ideas erróneas y barreras que impiden afrontar los casos de VG de una manera adecuada. Para ello, son necesarias estrategias multidisciplinares y, como no, una formación continuada, que aborde las complejidades de actuar ante a casos de VG¹⁴³.



2. Justificación **del tema y** **Objetivos**



2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVOS

2.1 JUSTIFICACIÓN

La VG constituye un importante problema social de múltiples y diferentes dimensiones, que requiere para su abordaje la implementación de actuaciones multidisciplinares. Sabemos que es, también, una cuestión sanitaria, un problema de salud pública que requiere que el personal sanitario afronte, detecte, diagnostique y trate adecuadamente. Pero, además de atender a las víctimas desde la perspectiva médica, deben elaborar el PL para comunicar a la autoridad judicial la posible existencia de un delito.

2.1.1 Valoración de los partes de lesiones

El PL es un documento de gran alcance, fundamentalmente, para defender los derechos de la persona maltratada. Con frecuencia es el único elemento objetivo con el que poder demostrar la existencia de un posible delito, siendo de gran utilidad para instaurar medidas de protección a la víctima y facilitar la persecución del agresor. Asimismo, refleja las lesiones físicas en el momento agudo, así como el estado psíquico inmediato, información muy importante para el posterior informe pericial del forense. Los/las profesionales que atienden a las mujeres deben ser conscientes de la transcendencia de estos documentos en la lucha contra la VG, como intercambio de información entre el personal sanitario y el judicial, adiestrándose en su cumplimentación. Para orientarlos en esta tarea, los protocolos de actuación sanitaria ante la VG elaborados en nuestro país, ofrecen

recomendaciones sobre los criterios con los que se deben cumplimentar y su contenido. Dada la relevancia que la correcta elaboración de estos documentos tiene en la posterior valoración de forenses y jueces y, por lo tanto, en el correcto enjuiciamiento de los casos, surge la necesidad de valorar si los PL cumplen realmente los requisitos establecidos.

Existen pocos estudios que aborden el tema de los PL en casos de VG, y aún menos que estudien su calidad. En nuestro trabajo pretendemos analizar el cumplimiento de los protocolos y recomendaciones vigentes a partir de un número representativo de PL. Podremos, de esta forma, poner de manifiesto las debilidades y fortalezas de los documentos, lo que permitirá proponer medidas para superar las carencias y deficiencias detectadas.

2.1.2 Opiniones y actitudes ante la violencia de género

La victimización como consecuencia de la VG tiene un gran impacto en la salud, lo que hace que se incremente la utilización de los servicios sanitarios. Como ya se ha mencionado, el personal sanitario puede desempeñar un papel crucial en la ayuda a las mujeres que sufren VG, tanto en la detección de casos, como al tratar el cuadro clínico y ofrecer información y apoyo a las víctimas. Debido a las características de este tipo de violencia se requiere la implicación activa del personal sanitario, que deberá ser consciente del abordaje de la situación de maltrato y su implicación en la resolución de sus consecuencias. Sin duda su actitud y su preparación serán decisivas para proceder de forma adecuada y segura.

Sin embargo, diversos estudios reflejan que una de las barreras que señala el personal sanitario, a la hora de afrontar casos de VG, es la falta de una formación adecuada. En ocasiones esto se refleja en

ideas y percepciones erróneas, dificultando o retrasando la detección de los casos de VG, con el consiguiente perjuicio para la salud de las afectadas.

Hay situaciones en las que dichos profesionales pueden tener problemas de decisión sobre la conveniencia de emitir el PL, especialmente cuando la víctima manifiesta no estar a favor de la notificación. La obligación de denuncia por parte del personal sanitario a través del PL es un asunto controvertido también en la literatura científica. Por un lado, hay autores que aseguran mayores beneficios para las mujeres, ya que será una prueba legal contra sus agresores o puede sustentar una orden de protección. Sin embargo, otros profesionales se oponen a esta medida porque podría aumentar el peligro para las víctimas, además de desatender la opinión de la mujer. Hay que tener en cuenta que no todos los servicios son igual de adecuados para atender a las víctimas, lo que condiciona la actitud y el posicionamiento del personal sanitario.

La importancia y beneficios de los PL en casos de VG, por un lado, y la problemática planteada en algunos casos en los que el profesional debe actuar notificando en contra de la voluntad de la paciente, nos lleva a reflexionar también si es adecuada la obligatoriedad general de elaboración y envío de estos documentos. Para ello se ha realizado una revisión de la literatura, indagando en medidas y argumentos propuestos sobre la denuncia.

Además, nos planteamos conocer las opiniones y actitudes de los/las profesionales sanitarios/as sobre este problema, especialmente la notificación de los malos tratos. Se pretende proponer medidas, basadas en la evidencia, que permitan mejorar la atención de las afectadas por la VG.

Del mismo modo, nos pareció importante conocer las opiniones y actitudes que muestran los/las futuros/as profesionales a

través del alumnado universitario, tanto del ámbito sanitario como jurídico. En los últimos años, las universidades han ido incorporando formación en distintos aspectos relacionados con el género, especialmente en titulaciones de ciencias de la salud y socio-jurídicas.

Sin embargo, diversos estudios muestran la carencia o insuficiencia de formación en este tema entre los estudiantes, especialmente de la rama sanitaria. Asimismo, reflejan percepciones erróneas sobre el problema y las víctimas. La evaluación de los conocimientos adquiridos por parte de los/las futuros/as profesionales en su etapa universitaria, puede ayudar a optimizar su formación antes de su incorporación al ámbito laboral. En este sentido, nos interesa conocer si el alumnado recibe instrucción específica en esta cuestión.

2.2 OBJETIVOS

Los **objetivos generales** de este estudio han sido analizar la calidad y conveniencia de los PL en casos de VG, así como identificar las opiniones y actitudes sobre la VG entre el alumnado universitario y los/las profesionales sanitarios/as.

Los **objetivos concretos** han sido:

I) En relación con la valoración de los PL:

1. Conocer las características de la VG a través de una muestra representativa de PL realizados por profesionales sanitarios.
2. Elaborar un baremo para la evaluación de la calidad de los PL en base a las recomendaciones de los protocolos, nacionales y autonómicos, para la actuación sanitaria en VG.

3. Valorar el grado de cumplimiento de los protocolos sobre la elaboración de los PL en una muestra representativa de documentos.
4. Determinar si existen diferencias en la calidad de los PL según la estructura asistencial que los emite, y proponer medidas de mejora.

II) Sobre las opiniones y actitudes del alumnado y los/las profesionales:

5. Analizar los conocimientos, opiniones y actitudes del alumnado de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) sobre la VG.
6. Comparar la percepción del problema entre el alumnado encuestado en relación con el sexo, la titulación y la formación recibida sobre VG.
7. Analizar los conocimientos, opiniones y actitudes de los/las profesionales sanitarios/as sobre la VG.
8. Comparar la percepción del problema entre los/las profesionales sanitarios/as en relación con el sexo, la profesión, el servicio asistencial y la formación recibida sobre VG.



3. *Material* *y Métodos*





3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la consecución de los objetivos planteados, hemos llevado a cabo una serie de estrategias, que exponemos a continuación en dos apartados. El primero, referido al análisis de los PL y, el segundo, al estudio de las opiniones y actitudes del alumnado universitario y los/las profesionales sanitarios/as sobre la VG.

PARTE I.

VALORACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio retrospectivo de corte descriptivo en una muestra representativa de PL e informes médicos, emitidos en casos con sospecha fundada de VG.

3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la selección de los documentos contamos con la colaboración del *Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA)*, en particular con la Subdelegación Territorial de Pontevedra. Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ Pertenecer a alguno de los juzgados colaboradores con la subdelegación territorial del *IMELGA* en Pontevedra (Cangas,

Cambados, Caldas, Marín y Pontevedra), y constar en los archivos del juzgado de dicha ciudad.

- ✓ Haber sido elaborado entre los años 2009 y 2016.
- ✓ Estar clasificado como caso de VG.
- ✓ Ser redactado por profesional sanitario y utilizado por un médico forense perteneciente al *IMELGA*, para la valoración posterior de la misma.

Se consideró conveniente estudiar un mínimo de 400 documentos para que el error de estimación no superase el 5%, considerando un intervalo de confianza del 95%. Finalmente obtuvimos una muestra de 474 documentos.

Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Casos en los que la violencia hacia la mujer fue llevada a cabo por parte de personas distintas a su pareja/expareja.
- ✓ Documentos que no fueron redactados durante la primera asistencia sanitaria.

3.3 VARIABLES ESTADÍSTICAS

3.3.1 Análisis de los casos de violencia de género

1. Variables referidas a la mujer

- ❖ **Edad**, variable *cuantitativa continua*. Edad en el momento de la agresión, en años.
- ❖ **Estado civil**, variable *cualitativa nominal*. Estado civil de la mujer en el momento de la agresión:
 - Soltera

- Casada
 - Viuda
 - Separada/divorciada
- ❖ **Lugar de origen**, variable *cualitativa nominal*. País de origen o nacionalidad de la mujer.
- ❖ **Continente**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación por continente de los países de origen, en caso de extranjeras:
- Europa
 - América
 - África
 - Asia
 - País extranjero (sin especificar)
- ❖ **Domicilio**, variable *cualitativa ordinal*. Clasificación del lugar de residencia de la mujer en el momento de la agresión:
- Urbano (>10.000 habitantes)
 - Semiurbano (entre 2.000-10.000 habitantes)
 - Rural (<2.000 habitantes)
- ❖ **Situación laboral**, variable *cualitativa nominal*. Actividad laboral de la mujer en el momento de la agresión:
- Trabajo remunerado
 - En paro/desempleada
 - Baja laboral
 - Ama de casa
 - Pensionista/jubilada
 - Estudiante

- ❖ **Actividad laboral remunerada**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación del trabajo remunerado de la mujer en el momento de la agresión:
 - Trabajos que requieren titulación universitaria
 - Trabajos que requieren titulación no universitaria
 - Trabajos que no requieren titulación
- ❖ **Descendencia**, variable *cualitativa dicotómica*. La mujer tenía algún hijo o hija: Sí/No.
- ❖ **Persona dependiente**, variable *cualitativa dicotómica*. La mujer es responsable de alguna persona con algún grado de dependencia: Sí/No.
- ❖ **Embarazo**, variable *cualitativa dicotómica*. La mujer estaba embarazada en el momento de la agresión: Sí/No.
- ❖ **Antecedentes psiquiátricos**, variable *cualitativa nominal*. Alteración psiquiátrica en la mujer previa a la agresión:
 - Depresión/a tratamiento con antidepresivos
 - Ansiedad/a tratamiento con ansiolíticos
 - Otros trastornos
 - A seguimiento por la unidad de salud mental
- ❖ **Discapacidad**, variable *cualitativa dicotómica*. La mujer tiene algún grado de discapacidad física o psíquica: Sí/No.
- ❖ **Consumo sustancias tóxicas**, variable *cualitativa nominal*. La mujer consumía sustancias tóxicas habitualmente, estaba bajo sus efectos durante la agresión o durante la asistencia sanitaria:
 - Alcohol
 - Tabaco

- Otras drogas (cannabis, hachís, cocaína, heroína)

❖ **Antecedentes consumo sustancias tóxicas**, variable *cualitativa nominal*. La mujer consumió sustancias tóxicas en el pasado:

- Alcohol
- Otras drogas

2. Variables referidas al presunto agresor

❖ **Relación mujer - presunto agresor**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la relación sentimental en el momento de la agresión:

- Pareja
- Expareja

❖ **Consumo sustancias tóxicas**, variable *cualitativa nominal*. El presunto agresor consumía alguna sustancia tóxica habitualmente:

- Alcohol
- Otras drogas (cannabis, hachís, cocaína, heroína)

❖ **Consumo sustancias tóxicas previo a la agresión**, variable *cualitativa nominal*. El presunto agresor estaba bajo los efectos de alguna sustancia tóxica durante la agresión:

- Alcohol
- Otras drogas

3. Variables referidas al incidente

❖ **Lugar incidente**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación del lugar en el que se produjo la agresión:

Privado

- Domicilio familiar o de la mujer
- Domicilio del presunto agresor
- Otros domicilios

Público

- Lugar de trabajo de la mujer
- Vía pública
- Establecimientos públicos

❖ **Hora incidente**, variable *cualitativa nominal*. Momento en que se produce la agresión:

- Mañana (08:00-14:59)
- Tarde (15:00-21:59)
- Noche (22:00-07:59)

❖ **Tipo de violencia**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la violencia sufrida por la mujer:

- Física
- Psicológica
- Sexual

❖ **Tipo de violencia física**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de los mecanismos lesivos físicos:

- Agarrones, zarandeos, pellizcos
- Agarre por el cuello, intento de estrangulación
- Empujones, caídas, golpes contra objetos
- Arañazos
- Mordeduras
- Golpes con las manos, bofetadas
- Puñetazos, codazos, cabezazos
- Patadas, rodillazos, pisotones
- Agresión con objetos o armas

- Golpes, agresión, forcejeo
- ❖ **Tipo de violencia psicológica**, variable *cualitativa nominal*.
Clasificación de los mecanismos lesivos psicológicos:
 - Insultos, humillaciones
 - Amenazas verbales
 - Amenazas con objetos
 - Acoso, actitud controladora
 - Destrucción de objetos, agresiones a mascotas
- ❖ **Tipo de violencia sexual**, variable *cualitativa nominal*.
Clasificación de los mecanismos lesivos sexuales:
 - Agresión sexual, violación
 - Intento de agresión sexual, tocamientos
- ❖ **Uso de objetos**, variable *cualitativa nominal*. Utilización de objetos para amenazar o agredir a la mujer:
 - Objetos punzantes y cortantes
 - Objetos contundentes
 - Otros objetos
- ❖ **Duda origen lesiones**, variable *cualitativa dicotómica*. Sí/No.
- ❖ **Otros agredidos**, variable *cualitativa nominal*. Existencia de otros agredidos, además de la mujer:
 - Hijos/as
 - Familiares
 - Amigos, otros agredidos
- ❖ **Testigos**, variable *cualitativa nominal*. Personas que presenciaron la agresión:
 - Hijos/as

- Familiares, amigos, compañeros trabajo (mujer)
- Pareja actual (mujer)
- Familiares, amigos (presunto agresor)
- Vecinos, viandantes, otros

4. Variables referidas a las lesiones

- ❖ **Tipo lesiones**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la afectación de la mujer derivada de la agresión:
 - Físicas
 - Psicológicas
- ❖ **Tipo lesiones físicas**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de las lesiones físicas derivadas de la agresión:
 - Edema, zona dolorosa, eritema, tumefacción
 - Escoriación, erosión, rozadura, arañazo
 - Contusión, hematoma, equimosis
 - Herida, laceración, cicatriz
 - Mordedura
 - Contractura muscular, limitación movimiento
 - Otras (esguince, fractura, perforación tímpano)
- ❖ **Tipo lesiones psicológicas**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la afectación psicológica derivada de la agresión:
 - Ansiedad, nerviosismo, TEPT
 - Depresión
 - Insomnio
 - Trastorno ansioso-depresivo
- ❖ **Localización**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la zona corporal asiento de las lesiones que presenta la mujer:

- Cabeza
 - Cara
 - Cuello
 - Miembros superiores
 - Tronco
 - Miembros inferiores
- ❖ **Forma**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la morfología de las lesiones:
- Redonda, circular, ovalada
 - Puntiforme
 - Alargada, lineal, longitudinal
 - Otras
- ❖ **Tamaño**, variable *cuantitativa continua*. Clasificación del tamaño de las lesiones:
- Pequeñas (sin especificar tamaño)
 - < 1cm
 - 1 - 5 cm
 - > 5cm
 - ≥ 10 cm
- ❖ **Color**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación del color de las lesiones:
- Rojo, enrojecido
 - Negro
 - Amarillo, marrón, pardo
 - Violáceo
 - Verdoso
- ❖ **Número**, variable *cuantitativa discreta*. Clasificación del número de lesiones que presenta la mujer:

- 1 lesión
- 2 - 4 lesiones
- 5 o más lesiones

❖ **Tiempo evolutivo**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación del tiempo de evolución de las lesiones en el momento de la primera asistencia sanitaria:

- <24 horas
- 24 - 48 horas
- > 48 horas
- Lesiones evolucionadas (sin especificar el tiempo)
- Lesiones previas/antiguas
- Lesiones recientes

❖ **Lesiones internas**, variable *cualitativa dicotómica*. Referencia a la presencia de lesiones internas derivadas de la agresión: Sí/No

❖ **Estado psicológico**, variable *cualitativa nominal*. Referencia al estado psicológico de la mujer durante la atención sanitaria:

- Ansiedad, nerviosismo, angustia, miedo
- Tranquilidad, estabilidad, buen estado
- Llorando o tendencia al llanto, depresión

5. Variables referidas a la atención sanitaria

❖ **Fecha atención**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la fecha en la que tuvo lugar la primera atención sanitaria.

- Mismo día de la agresión
- Día siguiente a la agresión
- Más de 1 día después de la agresión

- ❖ **Hora atención**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación de la hora a la que tuvo lugar la primera atención sanitaria:
 - Mañana (08:00-14:59)
 - Tarde (15:00-21:59)
 - Noche (22:00-07:59)

- ❖ **Servicio atención**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación del servicio en el que se llevó a cabo la primera atención sanitaria:
 - Centro de salud
 - Punto de atención continuada (PAC)
 - Urgencias
 - Consultas

- ❖ **Acompañante**, variable *cualitativa nominal*. Referencia a si la mujer acude acompañada a la primera atención sanitaria:
 - 061
 - Policía, Guardia civil
 - Médico forense
 - Hijos/as, familiares
 - Amigos, vecinos, otros

- ❖ **Medidas terapéuticas**, variable *cualitativa nominal*. Descripción del tratamiento aplicado con motivo de la agresión:
 - Tratamiento médico (inmovilizaciones, curas, frío/ calor)
 - Tratamiento quirúrgico
 - Tratamiento farmacológico
 - Analgésicos/antiinflamatorios
 - Ansiolíticos/antidepresivos
 - Fármacos de aplicación tópica
 - Otros

- ❖ **Pruebas complementarias**, variable *cualitativa nominal*.
Descripción de las pruebas complementarias realizadas con motivo de la agresión:
 - Estudio radiográfico
 - Estudio analítico
 - Otras pruebas

- ❖ **Actuación posterior**, variable *cualitativa dicotómica*.
Descripción de la actuación posterior por parte del facultativo responsable de la atención sanitaria, tras la primera asistencia: Sí/No.

- ❖ **Derivación otro servicio**, variable *cualitativa nominal*.
Descripción de la derivación de la mujer a otro servicio sanitario tras la primera atención:
 - Atención hospitalaria
 - Atención primaria
 - Policía, guardia civil

- ❖ **Atención hospitalaria**, variable *cualitativa nominal*.
Clasificación de la derivación posterior al hospital de la mujer tras la primera atención sanitaria:
 - Urgencias
 - Radiología
 - Ginecología
 - Traumatología
 - Psiquiatría, psicología
 - Otros servicios

- ❖ **Ingreso**, variable *cualitativa dicotómica*. Referencia a si la mujer requirió ingreso hospitalario: Sí/No.

- ❖ **Pronóstico clínico**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación del pronóstico clínico de las mujeres:
 - Leve
 - Grave
 - Favorable, bueno
 - Reservado, estable

6. Antecedentes de VG

- ❖ **Agresiones previas**, variable *cualitativa nominal*. Referencia a si la mujer sufrió violencia por parte del presunto agresor con anterioridad a este suceso:
 - Físicas
 - Psicológicas
- ❖ **Denuncias previas**, variable *cualitativa dicotómica*. Referencia a si existían denuncias previas por parte de la mujer: Sí/No.

7. Otros datos médico-legales

- ❖ **Actitud mujer**, variable *cualitativa nominal*. Referencia a la actitud que presentaba la mujer durante la atención sanitaria:
 - Frente al PL (no quiere que se emita)
 - Frente a la denuncia (no quiere denunciar)
- ❖ **Valoración riesgo**, variable *cualitativa nominal*. Referencia a si el facultativo o la mujer refieren riesgo alto para la vida de ella:
 - Manifestado por el facultativo
 - Manifestado por la mujer

- ❖ **Nexo causal**, variable *cualitativa nominal*. Existe nexo causal entre el mecanismo lesivo descrito por la mujer y las lesiones existentes según el médico forense:
 - Total
 - Parcial
 - No hay nexo

- ❖ **Tiempo impeditivo**, variable *cuantitativa discreta*. Clasificación del tiempo impeditivo esperado para la mujer, indicado por el médico forense:
 - 0 días
 - 1-4 días
 - 5-8 días
 - 9-15 días
 - 16-30 días
 - > 30 días

- ❖ **Tiempo curación**, variable *cuantitativa discreta*. Clasificación del tiempo de curación esperado para la mujer, indicado por el médico forense:
 - < 24 horas
 - 1-4 días
 - 5-8 días
 - 9-15 días
 - 16-30 días
 - > 30 días

- ❖ **Secuelas**, variable *cualitativa nominal*. Referencia a las secuelas esperadas en la mujer derivadas de la agresión, indicadas por el médico forense:
 - No se esperan

- Cicatrices
- Otras

❖ **Estado lesiones**, variable *cualitativa nominal*. Descripción del estado de las lesiones que presenta la mujer, indicado por el médico forense:

- Inicial
- En resolución
- Resuelto

3.3.2 Análisis de la cumplimentación de los documentos

Para el análisis de la cumplimentación de los documentos, se procedió a la selección de las diversas variables siguiendo las recomendaciones tanto del *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la VG*⁴, como de la *Guía Técnica de Galicia de atención a las mujeres en situación de VG*¹⁵. A continuación, se enumeran dichas variables. Salvo las referidas al tipo de documento y servicio, las demás (Tabla 3.1) son todas ellas dicotómicas (Sí/No), pues se trata de valorar si el dato estaba incluido (o no) en los documentos.

❖ **Tipo documento**, variable *cualitativa nominal*. Se incluyeron 2 tipos de documentos en la muestra:

- Parte de lesiones
- Informe médico, informe de alta

❖ **Servicio**, variable *cualitativa nominal*. Clasificación del documento según el servicio asistencial en el que se emite:

- Centro de salud
- PAC
- Urgencias
- Consultas

Tabla 3.1 Datos a valorar en la cumplimentación de los documentos

DATOS PERSONALES

Datos facultativo

- Nombre
- Nº colegiado

Datos paciente

- Nombre y DNI
- Edad/año nacimiento
- Estado civil
- Lugar origen y residencia
- Teléfono
- Antecedentes psiquiátricos
- Discapacidad
- Consumo sustancias tóxicas
- Descendencia
- Personas dependientes a su cargo

Datos presunto agresor

- Relación con la paciente
- Nombre
- Lugar residencia
- Teléfono

DATOS DEL INCIDENTE

- Especificación caso VG
- Tipo de violencia
- Fecha, lugar y hora
- Mecanismo lesivo
- Uso de objetos (uso de objetos/armas para agredir o amenazar)
- Otros agredidos
- Testigos

Tabla 3.1. Datos a valorar en la cumplimentación de los documentos
(continuación)

DATOS DE LAS LESIONES

- Tipo
- Localización
- Forma, tamaño y color
- Número
- Fotografía/dibujo
- Tiempo evolutivo
- Lesiones previas
- Estado psicológico de la paciente

DATOS DE LA PRIMERA ATENCIÓN SANITARIA

- Fecha y hora
- Ciudad y centro
- Medidas terapéuticas
- Pruebas complementarias
- Exploración física
- Ingreso hospitalario
- Actuación posterior/derivación a otro servicio
- Pronóstico clínico
- La paciente acude acompañada/sola

OTROS DATOS RELEVANTES

- Antecedentes de VG (si hubo agresiones previas o es la primera vez)
- Violencia física/psicológica previa
- Inicio, frecuencia e intensidad de la violencia
- Denuncias previas
- Actitud de la paciente frente al documento (no quiere que se elabore)
- Actitud de la paciente frente a la denuncia (no quiere denunciar)
- Riesgo para la paciente expresado por el facultativo
- Riesgo referido por la propia paciente
- Juzgado de Guardia (como destinatario del documento)
- Documento informatizado
- Letra legible
- Uso de abreviaturas y tachaduras
- Uso de los términos “víctima” y “agresor”

3.4. PROCEDIMIENTO

3.4.1 Recogida de información y elaboración de la base datos

En primer lugar, se solicitaron los listados de los casos clasificados como VG en los juzgados de Pontevedra, Cangas, Cambados, Marín y Caldas. A continuación, se localizaron dichos casos en la base de datos informatizada del *IMELGA* y, de esta manera, se pudo acceder a las historias en papel, archivadas en el edificio de la subdelegación de Pontevedra.

Las fuentes de los datos fueron:

- Partes de Lesiones
- Informes médicos de la primera atención sanitaria
- Informes forenses realizados tras la exploración de la mujer

La información obtenida fue codificada e incluida en una base de datos digital (*Microsoft Office Excel 2007®*).

3.4.2 Elaboración y aplicación de los baremos de calidad

En base a las recomendaciones de los protocolos vigentes (*Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la VG⁴* y *Guía Técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de VG¹¹⁵*) y tras el análisis del baremo publicado en el estudio de *García Minguito et al. (2012)¹²⁸*, procedimos a elaborar un baremo propio.

En un principio, incluimos las variables previamente señaladas en el baremo publicado, como los datos personales de la paciente y el facultativo, la clasificación del suceso como caso de VG, la descripción del incidente, la descripción del tipo y localización de las lesiones, el estado psicológico de la mujer, las medidas terapéuticas

realizadas, la referencia a agresiones previas o si era la primera vez y la ausencia de tachaduras. Sin embargo, en algunas de estas variables comunes, establecimos una diferente valoración. En el caso de la filiación del facultativo, puntuamos a los documentos que incluían nombre o número de colegiado. Con respecto a la descripción del incidente, añadimos el lugar como dato relevante. En relación con las lesiones, puntuamos a mayores los documentos que describían aspectos como el número, color, forma o tamaño. A la ausencia de tachaduras le añadimos la ausencia de abreviaturas, que también dificulta la comprensión del mensaje.

Además, incluimos nuevas variables como datos referentes al mecanismo lesivo, a la primera atención sanitaria, el dibujo o fotografía de las lesiones, el pronóstico clínico, la descripción de la actuación posterior, derivación o ingreso de la paciente, y el reflejo de si la paciente acude sola o acompañada al centro sanitario.

Las 10 variables incluidas en el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, fueron clasificadas y puntuadas como imprescindibles (15 puntos), necesarias (10 puntos) e importantes (5 puntos). Los datos no incluidos o que aparecían de forma deficiente fueron puntuados con 0 puntos.

Tanto las variables del baremo elaborado por *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, como las del baremo propio (**Tabla 3.2**) fueron incluidas en una base de datos digital (*Microsoft Office Excel 2007*®).

Con respecto al baremo propio, los datos del facultativo se valoraron con 5 puntos si incluían el nombre, el número de colegiado o ambos. En el caso de los datos del incidente (fecha, hora y lugar), se valoraron con 5 puntos los documentos que contenían al menos 2 de los datos descriptivos del mismo. La descripción de las lesiones (tipo, localización, número, color, forma, tamaño), fue valorada con 5 puntos si se incluía el tipo de lesión, otros 5 puntos si contenía la

localización y 5 puntos más si describía algún otro dato adicional. Los documentos que contenían al menos 2 de los datos descriptivos de la atención sanitaria (fecha, hora, centro/servicio), fueron puntuados con 5 puntos. Si no constaba la información requerida se les otorgaba 0 puntos.

Tabla 3.2. Variables de ambos baremos

BAREMO GARCÍA MINGUITO ET AL. (2012)¹²⁸ (Puntuación total: 100)

- Datos del facultativo (15)
- Datos de filiación de la mujer (15)
- Especificación del caso como VG (15)
- Fecha y hora del incidente (10)
- Descripción del tipo de lesiones (10)
- Localización de las lesiones (10)
- Estado psicológico de la mujer (5)
- Medidas terapéuticas (10)
- Referencia a agresiones previas/primer vez (5)
- Ausencia de tachaduras (5)

BAREMO PROPIO (Puntuación total: 100)

- Datos del facultativo (5)
- Nombre de la paciente (5)
- Especificación del caso como VG (10)
- Datos del incidente (5)
- Tipo de violencia/mecanismo lesivo (10)
- Descripción de las lesiones (15)
- Dibujo/fotografía de las lesiones (5)
- Estado psicológico de la paciente (5)
- Datos de la primera atención sanitaria (5)
- Medidas terapéuticas (10)
- Pronóstico clínico (5)
- Actuación posterior/derivación a otro servicio (5)
- Referencia a si la paciente acude acompañada/sola (5)
- Antecedentes de VG (5)
- Ausencia de abreviaturas y tachaduras (5)

Siguiendo las puntuaciones otorgadas a cada ítem, en ambos baremos, cada documento podría obtener una puntuación entre 0 y 100. La clasificación de la calidad en base a la puntuación global obtenida, según el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ fue:

- Calidad alta: 90-100
- Calidad intermedia: 75-89
- Calidad baja: <75

Siguiendo el baremo propio, la clasificación de la calidad de los documentos fue:

- Calidad alta: > 70
- Calidad media: 50-70
- Calidad baja: <50

3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos digital fue codificada (*Microsoft Office Excel 2007*®) y sometida a un estudio estadístico, utilizando el programa estadístico R (*R Core Team 2018*)¹⁷¹.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. Para ello se usaron la frecuencia absoluta y porcentaje para las variables cualitativas, y la media, mediana, mínimo, máximo y desviación estándar para las cuantitativas.

A continuación, se realizó un análisis comparativo entre las variables contenidas en los partes de lesiones (cualitativas dicotómicas) a través del *Test Chi-cuadrado*. Los contrastes que se realizaron fueron 3: parte de lesiones frente a informe de primera asistencia, atención primaria frente a hospitalaria, y atención urgente frente a programada. Se asumió un nivel de significación del 5%.

PARTE II. OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

3.6 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio descriptivo por encuesta, sobre las opiniones y actitudes ante la VG, dirigida al alumnado universitario y a los/las profesionales sanitarios/as.

3.7 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.7.1 Alumnado universitario

Respecto al alumnado universitario, se incluyeron estudiantes de la USC, de las ramas sanitaria y jurídica, por la estrecha relación de sus futuras profesiones con el problema de la VG.

Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ Estudiantes de la USC, pertenecientes a las titulaciones de criminología, derecho, enfermería y medicina.
- ✓ Estudiantes de último curso de las respectivas titulaciones.
- ✓ Estudiantes que entendieran el español, ya que la encuesta era en este idioma.

3.7.2 Profesionales sanitarios

En cuanto al personal sanitario, la muestra comprende profesionales de las áreas de A Coruña (Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Centro de Salud Casa do Mar, Hospital Materno Infantil), Santiago de Compostela (Complejo Hospitalario

Universitario Santiago) y Vigo (Hospital Xeral de Vigo, Centro de Salud A Doblada, PAC Bolivia, Centro de Especialidades de Coia).

El criterio de inclusión fue:

- ✓ Personal sanitario de los centros sanitarios gallegos citados, que fuesen médicos adjuntos o residentes, enfermeros adjuntos o residentes.

El criterio de exclusión:

- ✓ Personal sanitario que no tenía contacto directo con pacientes, por ejemplo, los servicios de microbiología o de análisis clínicos.

Los servicios sanitarios se agruparon según la siguiente clasificación:

- Atención primaria (familiar y comunitaria)
- Atención médica hospitalaria (cardiología, dermatología, digestivo, ginecología, infecciosas, medicina interna, medicina preventiva, nefrología, neurología, pediatría, psiquiatría, traumatología, UCI, urgencias y urología).
- Atención quirúrgica (cirugía vascular, cirugía cardíaca, cirugía general y digestiva).

3.8 ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Se elaboraron dos cuestionarios diferenciados, uno dirigido al alumnado y el otro a los/las profesionales. Para ello, previamente llevamos a cabo una búsqueda telemática de bibliografía sobre trabajos previos, acerca de conocimientos y actitudes del alumnado universitario y de profesionales sanitarios hacia la VG.

Ambos cuestionarios se elaboraron teniendo en cuenta diferentes estudios realizados sobre el tema en otros países como Estados Unidos (*Shearer et al.*, 2006¹⁴⁴), Canadá (*Bhandari et al.*, 2008¹⁶⁴ y *Sprague et al.*, 2013¹⁴⁶) o Reino Unido (*Ramsay et al.*, 2012¹⁷²).

3.8.1 Cuestionario para alumnado universitario

La encuesta dirigida al alumnado se compone de 30 cuestiones (Anexo I), distribuidas en cuatro partes:

- El primer bloque incluye los datos descriptivos del alumnado (sexo, edad, titulación) y cuestiones sobre la formación recibida y la que debería recibir el personal sanitario, con respuestas de tipo dicotómico (Sí/No).
- El segundo bloque contiene cuestiones referidas a la importancia de la VG. En primer lugar, pidiendo a los participantes que valorasen de 1 a 5 puntos diferentes tipos de violencia (violencia contra la mujer, contra los niños, contra los ancianos, contra los discapacitados, entre adolescentes). También se pregunta si consideran relevante la VG en nuestro país (respuesta dicotómica) y que indicasen el tipo de maltrato

considerado más frecuente (físico, sexual, psicológico, físico y psicológico, otros).

- El tercer bloque está constituido por catorce sentencias referidas a percepciones sobre la VG, los agresores y las víctimas, que debían ser valoradas del 1 al 5 según el grado de acuerdo (5) o desacuerdo (1) con las mismas. Se utilizó una escala de 1 a 3 para los análisis de asociación.
- El último bloque incluye cuestiones sobre la actitud frente a la denuncia y los servicios de apoyo a las víctimas. Se pidió al alumnado que valorase de 1 a 5 los diferentes motivos por los que piensan que la mujer no interpone denuncia (miedo a represalias por parte del agresor, protección del agresor, dependencia del agresor, protección de los hijos/as, influencia de la sociedad), que indicasen quienes consideran que son los más perjudicados por la violencia (víctimas, agresores, hijos, abuelos, toda la familia) y se incluyeron cinco cuestiones sobre los servicios de apoyo a las mujeres y la actitud de los/las profesionales, con respuestas dicotómicas.

La encuesta fue inicialmente distribuida en un pequeño grupo (12) de estudiantes de la USC, que cursaban el máster “*Atención Socio-sanitaria, Gestión e Cuidados*”, para comprobar si había dificultades en la interpretación de las preguntas. Se detectó un problema de comprensión en la pregunta 5, que fue aclarado antes de su distribución definitiva.

Los cuestionarios definitivos se distribuyeron al inicio de las clases, en presencia del equipo investigador. Todos los participantes recibieron información sobre la finalidad del estudio. Su participación fue voluntaria y anónima. Se distribuyeron un total de 497 encuestas entre abril y octubre de 2016. La tasa de participación fue del 98,8% (N=491).

3.8.2 Cuestionario para profesionales sanitarios

La encuesta destinada a profesionales (Anexo II) consta de 32 preguntas distribuidas en cuatro partes:

- El primer bloque incluye los datos demográficos de los encuestados (sexo, edad, profesión, servicio).
- El segundo bloque se compone de once preguntas. La primera indaga sobre si los encuestados consideran esta violencia un problema de salud. Las tres siguientes preguntan si se considera un problema frecuente tanto a nivel estatal como en el entorno laboral del sujeto. Entre la 5 y la 8 se evalúa si los participantes conocen el “*Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la VG⁴*”. Las preguntas 9, 9.1 y 10 tratan sobre la formación académica recibida sobre este problema y su percepción de la misma.
- El tercer bloque consta de quince sentencias que deben ser valoradas del 1 al 5 según su grado de acuerdo (5) o desacuerdo (1). Se trata de investigar las capacidades y aptitudes de los/las profesionales sanitarios/as para prevenir y/o actuar ante una situación de VG. Las siete últimas preguntas inciden en su actitud hacia la denuncia en una situación con una fundada sospecha de maltrato.
- El último bloque se compone de dos preguntas para priorizar del 1 (menos importante) al 6 (más importante) los factores que dificultan preguntar a las pacientes por el maltrato (tiempo insuficiente, ausencia de privacidad, escasa formación, temor a ofender a la paciente, considerar un asunto privado, riesgo para la integridad de la paciente), y cuáles son las personas que consideran que denuncian con más frecuencia (personal médico, de enfermería, víctimas, familiares, amigos, otros).

La encuesta dirigida a profesionales se distribuyó inicialmente entre un pequeño grupo de sanitarios del Centro de Salud “*Casa do Mar*” de A Coruña, para comprobar si existían dificultades en la interpretación de las cuestiones. En este caso se detectó una falta de comprensión en el último apartado, que se solventó incluyendo un ejemplo ilustrativo. Conviene señalar que, a pesar de los esfuerzos por facilitar la comprensión del último bloque, hubo un pequeño porcentaje de encuestados que contestaron de manera errónea.

Se repartieron un total de 250 cuestionarios en los diferentes servicios de los centros mencionados, entre enero y marzo de 2015. Los cuestionarios fueron cubiertos de manera totalmente anónima por los/las profesionales que así lo decidieron. En el propio cuestionario se informaba de la finalidad de la encuesta, así como de su carácter anónimo y voluntario. La tasa de participación fue del 65,2% (N=163).

3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tras la recogida de los cuestionarios cumplimentados, se volcaron los datos en una base digital (*Microsoft Office Excel 2007®*), y se llevó a cabo un análisis estadístico con el programa estadístico R (*R Core Team 2018*)¹⁷¹.

Para el análisis descriptivo se calcularon la frecuencia absoluta con su porcentaje para las variables cualitativas; y la media, mediana, mínimo, máximo y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Las respuestas del alumnado se analizaron en relación con el sexo, la titulación y la formación recibida en VG, y los resultados de los/las profesionales en relación con el sexo, profesión, servicio y formación, todas ellas variables cualitativas. Para estos análisis de

asociación, se utilizaron el *Test Chi-cuadrado* para los contrastes con variables cualitativas, y los *Test de Wilcoxon* (2 variables) y *Kruskal Wallis* (más de 2 variables) para los contrastes con variables cuantitativas, sin distribución normal. Se estableció un nivel de significación del 5% en todos los casos.

Con respecto a los resultados del alumnado (Anexo I), las preguntas P2 (*tipo de violencia que más te preocupa*) y P19 (*motivo por el cual las víctimas siguen con sus parejas y no denuncian*), se calculó la media de cada opción para llevar a cabo la comparación. Los resultados obtenidos a las preguntas P5 a P18, acerca de las creencias más extendidas en torno a la VG, las víctimas y los agresores, se agruparon en tres opciones para facilitar el cálculo estadístico (se combinó “*totalmente en desacuerdo*” con “*en desacuerdo*” y “*totalmente de acuerdo*” con “*de acuerdo*”).

En relación con las respuestas de los/las profesionales (Anexo II), las cuestiones P11 a P25, sobre las opiniones en torno a la detección de la VG y la elaboración del PL los resultados fueron agrupados en tres opciones (se agruparon las respuestas “*totalmente en desacuerdo*” con “*en desacuerdo*” y “*totalmente de acuerdo*” con “*de acuerdo*”). Para analizar los resultados de las preguntas P26 (*dificultades que encuentran a la hora de preguntar por la VG*) y P27 (*personas que más denuncian*), se calculó la media de las puntuaciones dadas en cada opción para realizar los contrastes.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Las implicaciones éticas del estudio sobre la calidad de los PL son las relativas al uso de datos personales. Se trata de información sensible, especialmente protegida, por lo que ha sido tratada como información disociada, lo que impide identificar a los implicados y

con compromiso de confidencialidad de todos los miembros del equipo de investigación.

Este estudio se realizó siguiendo la legislación vigente en cuanto al tratamiento y protección de los datos de carácter personal, conforme con:

- Los principios fundamentales de la *Declaración de Helsinki* (1964), actualizada por la *64ª Asamblea General* (Brasil, 2013).
- *Convenio del Consejo de Europa* relativo a los *Derechos Humanos y la Biomedicina* (1997).
- La *Ley 14/2007*, del 3 de julio, de *Investigación Biomédica*.
- *Reglamento (UE) 2016/679* del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la *protección de las personas físicas* en lo que respecta al tratamiento de sus *datos personales* y a la *libre circulación* de estos datos.
- *LO 3/2018*, de 5 de diciembre, de *Protección de Datos Personales* y garantía de los *derechos digitales*.

Existe un compromiso por parte de la doctoranda y la directora de la tesis de garantizar el cumplimiento de los principios éticos y la normativa vigente referida a la investigación. Además, el acceso a la información fue posible tras la firma de la doctoranda de un documento de confidencialidad con el *IMELGA*.

Los documentos originales a los que tuvimos acceso no fueron sacados en ningún caso de las instalaciones del *IMELGA* de Pontevedra. Se trabajó con copias impresas de los mismos, en las que se eliminaron todos los datos personales que podrían identificar tanto a las víctimas como al personal sanitario responsable de la asistencia. Además, en todo momento se evitaron actitudes y conductas que

podiesen permitir el acceso a los documentos de otras personas no autorizadas.

En lo referente a la valoración de las opiniones y actitudes del alumnado universitario y los/las profesionales encuestados, se han tenido en cuenta los aspectos éticos del estudio. Se realizó en personas adultas, con plena capacidad decisoria, que fueron informadas de la finalidad de la encuesta, así como de su carácter anónimo y voluntario. En ambos casos no se recabaron datos identificativos de los participantes.

El proyecto de investigación fue valorado y aprobado por el *Comité de Ética de la Investigación de Galicia* (Comité territorial de Santiago-Lugo), con número 2015/553 (Anexo III).

3.11 MEDIOS

La doctoranda (Rebeca Diéguez Méndez) está vinculada al grupo de investigación “*Medicina Legal*” (GI-1739), de la USC. El estudio para la realización de la Tesis no cuenta con financiamiento y la doctoranda no cuenta con bolsa ni contrato para este fin.

3.12 CONFLICTO DE INTERESES

No existió ningún conflicto de interés que pudiese afectar al desarrollo de este trabajo.

4. Resultados





4. RESULTADOS

PARTE I.

VALORACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES

4.1 ANÁLISIS DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Se han analizado un total de 474 documentos, 319 PL y 155 informes médicos o de alta, elaborados entre los años 2009 y 2016, con el mayor pico en el 2013 (Figura 4.1), en varios juzgados de la provincia de Pontevedra (Figura 4.2). Se accedió también a la información contenida en los informes forenses de 435 casos, puesto que en 39 la mujer no se presentó a la exploración forense.

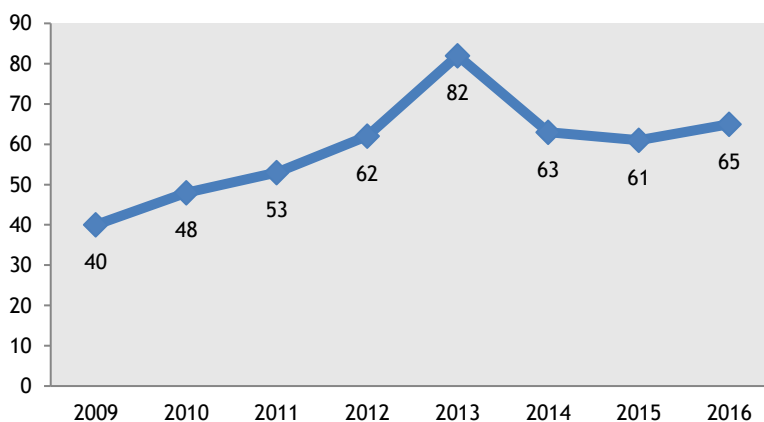


Figura 4.1. Distribución del número de documentos por año

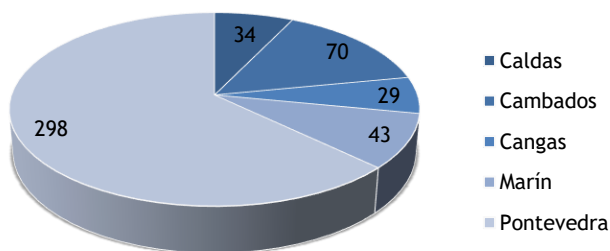


Figura 4.2. Distribución del número de documentos por lugar de procedencia

4.1.1 Características de las mujeres y de los presuntos agresores

La edad de las mujeres, en el momento de la agresión, estaba comprendida entre los 16 y 81 años, con una media de 36,72 y una desviación estándar de 12,6. Clasificándolas por rangos de edad, cerca del 62% tenía entre 21 y 40 años y más del 80% entre 21 y 50 años, como se puede ver en la [Tabla 4.1](#).

La mayoría estaban casadas con el presunto agresor, eran españolas, residían en medio urbano y tenían un trabajo remunerado, la mayor parte sin ningún tipo de titulación. Se constató que el 30% tenían hijos/as, en 14 casos personas dependientes a su cargo y 6 estaban embarazadas en el momento de los hechos ([Tabla 4.1](#)).

Tabla 4.1. Características sociodemográficas de las mujeres

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Edad			
Media; Me (mín-máx; DE)	36,72; 34 (16-81; 12,6)		
Total válido	451	95,15	100
Desconocido	23	4,85	-
Grupo de edad (en años)			
16-20	30	6,33	6,65
21-30	118	24,89	26,16
31-40	160	33,75	35,48
41-50	85	17,93	18,85
51-64	42	8,86	9,31
≥ 65	16	3,37	3,55
Total válido	451	95,15	100
Desconocido	23	4,85	-
Estado civil			
Soltera	62	13,08	27,31
Casada	132	27,85	58,15
Viuda	7	1,48	3,08
Separada/divorciada	26	5,48	11,45
Total válido	227	47,89	100
Desconocido	247	52,11	-
Lugar de origen			
España	123	25,95	71,51
Europa (<i>excluida España</i>)	7	1,48	4,07
América	18	3,8	10,46
África	4	0,84	2,32
Asia	1	0,21	0,58
País extranjero	19	4,01	11,05
Total válido	172	36,29	100
Desconocido	302	63,71	-

Tabla 4.1. Características sociodemográficas de las mujeres (continuación)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Lugar de residencia			
Urbano (>10.000 habitantes)	306	64,56	75,93
Semiurbano (2.000-10.000 habitantes)	72	15,19	17,87
Rural (<2.000 habitantes)	25	5,27	6,20
Total válido	403	85,02	100
Desconocido	71	14,98	-
Situación laboral			
Trabajo remunerado	117	24,68	45,70
<i>Titulación universitaria</i>	5	1,05	1,95
<i>Titulación no universitaria</i>	9	1,9	3,51
<i>Sin titulación</i>	103	21,73	40,23
En paro/desempleada	79	16,67	30,86
Baja laboral	4	0,84	1,56
Ama de casa	29	6,12	11,33
Pensionista/jubilada	22	4,64	8,59
Estudiante	5	1,05	1,95
Total válido	256	54,01	100
Desconocido	218	45,99	-
Descendencia			
Total válido	141	29,75	100
Desconocido	333	70,25	-
Persona dependiente a su cargo			
Total válido	14	2,95	100
Desconocido	460	97,05	-
Embarazo			
Total válido	6	1,26	100
Desconocido	468	98,73	-

En el 17% de los casos las mujeres contaban con antecedentes psiquiátricos, entre ellas, más de la mitad tenían depresión o tomaban antidepresivos. En 10 casos, las mujeres presentaban alguna discapacidad. Entre aquellas en las que se constató el consumo de sustancias tóxicas, predominaba el alcohol. Sin embargo, en 7 de 10 casos con antecedentes de consumo, eran ex toxicómanas (Tabla 4.2).

Tabla 4.2. Estado de salud de las mujeres

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Antecedentes psiquiátricos*			
Depresión/a tratamiento con antidepresivos	48	10,13	58,54
Ansiedad/a tratamiento con ansiolíticos	34	7,17	41,46
Otros trastornos	16	3,37	19,51
A seguimiento por la unidad de salud mental	12	2,53	14,63
Total válido	82	17,3	100
Desconocido	392	82,70	-
Presencia de discapacidad			
Total válido	10	2,11	100
Desconocido	464	97,89	-
Consumo de sustancias tóxicas*			
Alcohol	10	2,11	55,56
Tabaco	7	1,48	38,89
Otras drogas	7	1,48	38,89
Total válido	18	3,8	100
Desconocido	456	96,20	-
Antecedentes consumo de sustancias tóxicas*			
Alcohol	3	0,63	30
Otras drogas	7	1,48	70
Total válido	10	2,11	100
Desconocido	464	97,89	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

Los datos referidos a los presuntos agresores que se pudieron obtener de la revisión de los documentos están reflejados en la **Tabla 4.3**. Cerca del 80% de los hombres mantenían una relación sentimental con la presunta víctima en el momento de la agresión. Se pudo constatar que un 4% consumía sustancias tóxicas, la mayoría alcohol, y cerca del 3% estaba bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión.

Tabla 4.3. Datos de los presuntos agresores

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Relación con la mujer			
Pareja	365	77	77
Expareja	109	23	23
Total válido	474	100	100
Desconocido	0	0	-
Consumo de sustancias tóxicas*			
Alcohol	15	3,16	78,95
Otras drogas	8	1,69	42,10
Total válido	19	4,01	100
Desconocido	455	95,99	-
Consumo previo a la agresión*			
Alcohol	13	2,74	100
Otras drogas	1	0,21	7,69
Total válido	13	2,74	100
Desconocido	461	97,26	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

4.1.2 Circunstancias del incidente y características de las lesiones

La mayoría de las agresiones se produjeron en el ámbito privado, sobre todo en el domicilio familiar o de la mujer, y tuvieron lugar durante la noche (Tabla 4.4).

Tabla 4.4. Lugar y hora del incidente

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Lugar del incidente			
Privado	231	48,73	68,34
<i>Domicilio familiar o de la mujer</i>	195	41,14	57,69
<i>Domicilio del presunto agresor</i>	18	3,80	5,32
<i>Otros domicilios</i>	18	3,80	5,32
Público	107	22,57	31,66
<i>Lugar de trabajo de la mujer</i>	4	0,84	1,18
<i>Vía pública</i>	74	15,61	21,89
<i>Establecimientos públicos</i>	29	6,12	8,58
Total válido	338	71,31	100
Desconocido	136	28,69	-
Hora del incidente			
Mañana (08:00-14:59h)	68	14,35	21,32
Tarde (15:00-21:59h)	102	21,52	31,97
Noche (22:00-07:59h)	149	31,43	46,71
Total válido	319	67,3	100
Desconocido	155	32,70	-

El 97% de las mujeres sufrieron violencia física. Los mecanismos predominantes consistieron en empujones, agarrones y zarandeos. En 30% de los casos, el evento lesivo se describió como golpes, agresión o forcejeo, sin especificar más. En relación con la violencia psicológica, padecida por el 26% de las mujeres, la mayoría recibió insultos y humillaciones. En un porcentaje similar (25,7%) se combinaron varios tipos de abuso, destacando la combinación de violencia física y psicológica (24%). En 11 casos se constataron diversas formas de violencia sexual, casi siempre de forma conjunta con otro tipo de abuso. En 1 de los casos concurrieron los tres tipos de violencia en el mismo incidente (Tabla 4.5).

Tabla 4.5. Tipo de violencia y mecanismo de producción de las lesiones

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Tipo de violencia y mecanismo lesivo*			
Física	459	96,83	96,83
Agarrones, zarandeos, pellizcos	160	33,75	33,75
Agarre por el cuello, intento de estrangulación	89	18,78	18,78
Empujones, caídas, golpes contra objetos	199	41,98	41,98
Arañazos	11	2,32	2,32
Mordeduras	14	2,95	2,95
Golpes con las manos, bofetadas	88	18,56	18,56
Puñetazos, codazos, cabezazos	113	23,84	23,84
Patadas, rodillazos, pisotones	78	16,46	16,46
Agresión con objetos o armas	61	12,87	12,87
Golpes, agresión, forcejeo	141	29,75	29,75
Psicológica	124	26,16	26,16
Insultos, humillaciones	85	17,93	17,93
Amenazas verbales	39	8,23	8,23
Amenazas con objetos	13	2,74	2,74
Acoso, actitud controladora	8	1,69	1,69
Destrucción de objetos, agresiones a mascotas	2	0,42	0,42
Sexual	11	2,32	2,32
Agresión sexual, violación	7	1,48	1,48
Intento de agresión sexual, tocamientos	4	0,84	0,84
Física/Psicológica	114	24,05	24,05
Física/Sexual	5	1,05	1,05
Psicológica/Sexual	2	0,42	0,42
Física/Psicológica/Sexual	1	0,21	0,21
Total válido	474	100	100
Desconocido	0	0	-
Uso de objetos (amenazas y agresiones)*			
Objetos punzantes y cortantes	28	5,91	38,36
Objetos contundentes	39	8,23	53,42
Otros	11	2,32	15,07
Total válido	73	15,4	100
Desconocido	401	84,6	-
Duda sobre el origen de las lesiones			
Total válido	6	1,27	100
Desconocido	468	98,73	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

Más del 15% de las mujeres sufrieron amenazas o agresiones con objetos, sobre todo objetos punzantes y cortantes. En 6 casos el profesional que elaboró el PL reflejó alguna duda sobre el origen de las lesiones en relación al testimonio de la presunta víctima (Tabla 4.5).

En cerca del 3% de los casos hubo otros agredidos durante el incidente y en más del 10% hubo testigos de la agresión, tratándose fundamentalmente de los hijos/as de las presuntas víctimas en ambos casos (Tabla 4.6).

Tabla 4.6. Otros agredidos y testigos

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Otros agredidos*			
Hijos/as	6	1,26	46,15
Familiares	4	0,84	30,77
Amigos, otros agredidos	3	0,63	23,08
Total válido	13	2,74	100
Desconocido	461	97,26	-
Testigos*			
Hijos/as	23	4,85	46
Familiares, amigos, compañeros trabajo (mujer)	11	2,32	22
Pareja actual (mujer)	2	0,42	4
Familiares, amigos del presunto agresor	9	1,9	18
Vecinos, viandantes, otros	11	2,32	22
Total válido	50	10,55	100
Desconocido	424	89,45	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

El 95% de las mujeres sufrieron lesiones físicas. La mayoría fueron categorizadas como contusiones o hematomas, seguidas de edemas y eritemas. Las lesiones estaban localizadas preferentemente en los miembros superiores y la cara. En lo referente a las características más detalladas de las mismas, la forma alargada o redondeada, de un tamaño entre 1 y 5 cm y de color rojo fueron las

que se describieron con más frecuencia. La mayor parte de las mujeres tenían entre 2 y 4 lesiones (media de 1,78 y desviación estándar de 2,6), predominando la descripción de lesiones evolucionadas, sin especificar la data de las mismas. Dos mujeres tuvieron 13 lesiones, el máximo número registrado (Tabla 4.7).

El 24,5% de las mujeres (n=116) sufrieron lesiones psicológicas como consecuencia de la VG, reflejadas en los PL y/o informes forenses. La mayor parte (n=113) presentaban ansiedad, 6 mujeres sufrieron trastornos depresivos y 3 de éstas padecieron un síndrome ansioso-depresivo. En 2 casos sufrieron TEPT o trastornos de estrés agudos, acompañados de alguno de los diagnósticos citados anteriormente. Una mujer sufrió insomnio junto con depresión.

El 22% de las mujeres (n=104) tuvieron lesiones físicas y psicológicas como consecuencia de la agresión. Tres mujeres (0,63%) sufrieron lesiones internas (daño en la región epitelial de la mácula del ojo, neumoencéfalo y hematoma subdural).

El estado psicológico de la mujer tras la agresión fue constatado en el 60% de los PL, reflejando que la mayor parte presentaba ansiedad o nerviosismo durante la primera atención sanitaria (Tabla 4.8).

Tabla 4.7. Descripción de las lesiones físicas

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Tipo de lesiones físicas*			
Edema, zona dolorosa, eritema, tumefacción	305	64,35	65,73
Escoriación, erosión, rozadura, arañazo	198	41,77	42,67
Contusión, hematoma, equimosis	312	65,82	67,24
Herida, laceración, cicatriz	65	13,71	14,01
Mordedura	6	1,27	1,29
Contractura muscular, limitación movimiento	51	10,76	10,99
Otras (esguince, fractura, perforación tímpano)	34	7,17	7,33
No lesiones físicas	12	2,53	2,59
Total válido	464	97,89	100
Desconocido	10	2,11	-
Localización*			
Cabeza	120	25,32	26,55
Cara	183	38,61	40,49
Cuello	149	31,43	32,96
Miembros superiores	269	56,75	59,51
Tronco	160	33,75	35,4
Miembros inferiores	134	28,27	29,65
Total válido	452	95,36	100
Desconocido	22	4,64	-
Forma*			
Redonda, circular, ovalada	47	9,91	42,34
Puntiforme	12	2,53	10,81
Alargada, lineal, longitudinal	62	13,08	55,86
Otras formas	16	3,37	14,41
Total válido	111	23,42	100
Desconocido	363	76,58	-
Tamaño*			
Pequeñas	74	15,61	49
< 1cm	24	5,06	15,89
1 - 5cm	77	16,24	50,99
5cm	18	3,80	11,92
≥ 10cm	4	0,84	2,65
Total válido	151	31,86	100
Desconocido	323	68,14	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

Tabla 4.7. Descripción de las lesiones físicas (continuación)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Color*			
Rojo, enrojecido	17	3,59	54,84
Negro	2	0,42	6,45
Amarillo, marrón, pardo	10	2,11	32,26
Violáceo	9	2,04	29,03
Verdoso	4	0,91	12,9
Total válido	31	6,54	100
Desconocido	443	93,46	-
Número			
Media; Me (mín-máx; DE)	1,78; 1 (0-13; 2,60)		
1 lesión	68	14,35	28,57
2 - 4 lesiones	102	21,52	42,86
5 o más lesiones	68	14,35	28,57
Total válido	238	50,21	100
Desconocido	236	49,79	-
Tiempo evolutivo*			
<24 horas	3	0,63	2,75
24 - 48 horas	10	2,11	9,17
> 48 horas	13	2,74	11,93
Lesiones evolucionadas	57	12,02	52,29
Lesiones previas/antiguas	21	4,43	19,27
Lesiones recientes	22	4,64	20,18
Total válido	109	23	100
Desconocido	365	77	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

Tabla 4.8. Estado psicológico de la mujer en el momento de la asistencia

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Estado psicológico de la mujer*			
Ansiedad, nerviosismo, angustia, miedo	188	39,66	65,5
Tranquilidad, estabilidad, buen estado	78	16,46	27,18
Llorando o tendencia al llanto, depresión	86	18,14	29,96
Total válido	287	60,55	100
Desconocido	187	39,45	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

4.1.3 Contexto y características de la atención sanitaria

El 70% de las mujeres buscaron atención sanitaria el mismo día de la agresión, fundamentalmente en los servicios de PAC y en horario de noche. El 12% acudieron a los servicios sanitarios acompañadas, la mayoría por la policía y guardia civil y, en segundo lugar, por personal del 061 (Tabla 4.9).

Tabla 4.9. Momento y servicio en que se realizó la asistencia sanitaria

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Fecha			
Mismo día de la agresión	318	67,09	72,27
Día siguiente a la agresión	73	15,4	16,59
Más de 1 día después de la agresión	49	10,34	11,14
Total válido	440	92,83	100
Desconocido	34	7,17	-
Hora			
Mañana (08:00-14:59h)	109	23	24,66
Tarde (15:00-21:59h)	150	31,65	33,94
Noche (22:00-07:59h)	183	38,61	41,4
Total válido	442	93,25	100
Desconocido	32	6,75	-
Servicio			
Centro de salud	85	17,93	17,93
PAC	282	59,49	59,49
Urgencias	100	21,1	21,1
Consultas	7	1,48	1,48
Total válido	474	100	100
Desconocido	0	0	-
Acompañante			
061	18	3,8	32,14
Policía, guardia civil	23	4,85	41,07
Médico forense	1	0,21	1,79
Hijos/as, familiares	10	2,11	17,86
Amigos, vecinos, otros	4	0,84	7,14
Total válido	56	11,81	100
Desconocido	418	88,19	-

Más del 84% de las mujeres precisaron medidas terapéuticas durante la primera atención sanitaria. La mayoría recibieron tratamiento farmacológico, sobre todo analgésicos y antiinflamatorios. En el 25% de casos se solicitaron pruebas complementarias, tratándose sobre todo (90%) de estudios radiográficos (Tabla 4.10).

La actuación posterior hace referencia a la realización de actos por parte del personal sanitario como curas, retirada de puntos o revisión de las heridas. En este caso, se pudo constatar que 15 mujeres recibieron estos cuidados. El 36% fueron derivadas a otro servicio, sobre todo a atención primaria, y a servicios de urgencias y radiología del ámbito hospitalario, y 3 mujeres tuvieron que ser ingresadas. El pronóstico clínico fue leve en la mayoría de los casos (Tabla 4.10).

Tabla 4.10. Abordaje clínico y pronóstico

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Medidas terapéuticas*			
Tratamiento médico	122	25,74	30,5
Tratamiento quirúrgico	8	1,69	2
Tratamiento farmacológico	343	72,36	85,75
<i>Analgésicos/antiinflamatorios</i>	296	62,45	74
<i>Ansiolíticos/antidepresivos</i>	97	20,46	24,25
<i>Fármacos de aplicación tópica</i>	61	12,87	15,25
<i>Otros</i>	30	6,33	7,5
Total válido	400	84,39	100
Desconocido	74	15,61	-
Pruebas complementarias*			
Estudio radiográfico	105	22,15	88,98
Estudio analítico	32	6,75	27,12
Otras pruebas	10	2,11	8,47
Total válido	118	24,89	100
Desconocido	356	75,10	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

Tabla 4.10. Abordaje clínico y pronóstico (continuación)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Actuación posterior*			
Total válido	15	3,16	100
Desconocido	459	96,83	-
Derivación a otro servicio*			
Atención hospitalaria	68	14,35	39,77
Urgencias	24	5,06	14,03
Radiología	17	3,59	9,94
Ginecología	4	0,84	2,34
Traumatología	11	2,32	6,43
Psiquiatría, Psicología	7	1,48	4,09
Otros servicios	15	3,16	8,77
Atención primaria	114	24,05	66,67
Policía, Guardia civil	6	1,27	3,51
Total válido	171	36,08	100
Desconocido	303	63,92	-
Ingreso			
Total válido	3	0,63	100
Desconocido	471	99,37	-
Pronóstico clínico			
Leve	261	55,06	90
Grave	8	1,69	2,76
Favorable, bueno	6	1,27	2,07
Reservado, estable	15	3,16	5,17
Total válido	290	61,18	100
Desconocido	184	38,82	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

4.1.4 Antecedentes de violencia de género y otros datos médico-legales

El 39% de las mujeres refirieron haber sufrido agresiones previas, la mayoría físicas, pero sólo en el 4% se pudo constatar que había presentado denuncia con anterioridad a la actual agresión (Tabla 4.11).

Tabla 4.11. Antecedentes de VG

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Agresiones previas*			
Físicas	156	32,91	84,32
Psicológicas	91	19,2	49,19
Ambas	62	13,08	33,51
Total válido	185	39,03	100
Desconocido	289	60,97	-
Denuncias previas			
Total válido	19	4,01	100
Desconocido	455	95,99	-

*Las categorías no son excluyentes (no suman el 100%)

Hubo 2 casos en los que la paciente manifestó su deseo de que no se elaborase el PL y 5 mujeres refirieron que no querían denunciar a su agresor. En 1 caso el facultativo responsable reflejó en el documento la existencia de riesgo para la paciente, y en 10 casos fue la propia paciente la que refirió sentir miedo de lo que podía suceder tras esa agresión (Tabla 4.12).

Tabla 4.12. Actitud de la mujer y valoración de riesgo

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Actitud de la mujer			
Frente al documento	2	0,42	28,57
Frente a la denuncia	5	1,05	71,43
Total válido	7	1,48	100
Desconocido	467	98,52	-
Valoración del riesgo			
Manifestado por el facultativo	1	0.21	9,09
Manifestado por la mujer	10	2.11	90,91
Total válido	11	2,32	100
Desconocido	463	97,68	-

En relación a los datos reflejados en los informes forenses, tras la exploración de las afectadas, se constató el nexo causal entre el mecanismo lesivo descrito por la mujer y las lesiones existentes en más del 91% de los casos. En 8 casos el nexo no se estableció para todas las lesiones presentes. En 22 informes se estableció la no existencia de nexo causal, en 6 de éstos no se pudo establecer por no haber lesiones en el momento de la exploración forense (Tabla 4.13).

La mayoría de las lesiones no supusieron tiempo impeditivo y el tiempo de curación estimado fue entre 5 y 8 días. En algo más del 4% se describió la posibilidad de secuelas, sobre todo en forma de cicatrices. Según los datos forenses, la mayor parte de las lesiones observadas estaban en un estadio inicial (Tabla 4.13).

Tabla 4.13. Datos médico-legales obtenidos de los informes forenses

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Nexo causal			
Total	319	67,3	91,4
Parcial	8	1,69	2,29
No existió nexo	22	4,64	6,3
Total válido	349	73,63	100
Desconocido	125	26,37	-
Tiempo impeditivo			
0 días	330	69,62	84,4
1-4 días	37	7,80	9,46
5-8 días	14	2,95	3,58
9-15 días	7	1,48	1,79
16-30 días	2	0,42	0,51
> 30 días	1	0,21	0,26
Total válido	391	82,49	100
Desconocido	83	17,51	-
Tiempo de curación			
< 24 horas	10	2,11	2,56
1-4 días	152	32,07	38,87
5-8 días	177	37,34	45,27
9-15 días	36	7,59	9,21
16-30 días	13	2,74	3,32
> 30 días	3	0,63	0,77
Total válido	391	82,49	100
Desconocido	83	17,51	-
Secuelas			
No se esperan	380	80,17	95,48
Cicatrices	16	3,37	4,02
Otras	2	0,42	0,50
Total válido	398	83,97	100
Desconocido	76	16,03	-
Estado de las lesiones			
Inicial	188	39,66	48,96
En resolución	64	13,5	16,67
Resuelto	132	27,85	34,37
Total válido	384	81,01	100
Desconocido	90	18,99	-

4.2 ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

La muestra de estudio estaba compuesta principalmente por PL normalizados (más del 67%). En 1/3 de los casos se revisaron informes médicos, que actuaron como PL para la evaluación forense (Figura 4.3). Ambos grupos se consideraron conjuntamente a efectos del análisis de su contenido. La mayoría de los documentos fueron elaborados en servicios de PAC (59,5%) y urgencias hospitalarias (21%) (Tabla 4.14).

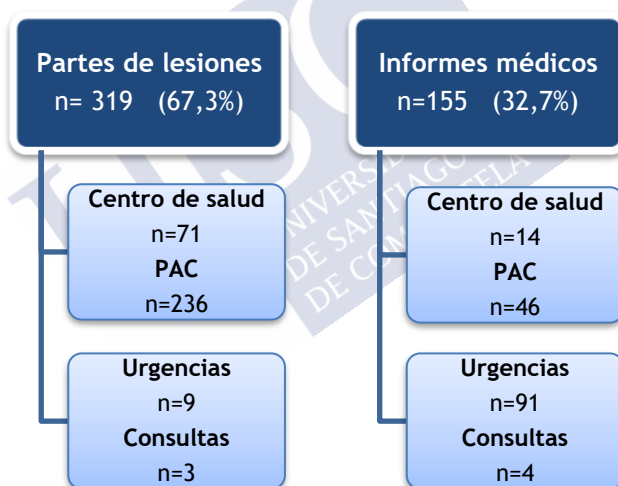


Figura 4.3. Distribución de los documentos analizados (N=474)

Tabla 4.14. Número de documentos según la estructura asistencial que los ha emitido

	Fr. Absoluta	%
Servicios sanitarios		
Centro de salud	85	17,93
PAC	282	59,49
Urgencias	100	21,1
Consultas	7	1,48

La **Tabla 4.15** recoge los datos que deben constar en los PL según los protocolos, así como el número y porcentaje de documentos analizados que los incluían. La mayoría de los PL contenían los datos de filiación del facultativo responsable de la asistencia sanitaria. Su nombre aparecía en más del 94% y el número de colegiado en más del 70% de los documentos.

En relación con los datos personales de las mujeres, la mayor parte (>80%) contenía el nombre, año de nacimiento o edad, y la dirección. Alrededor de la mitad de los documentos contenían el DNI y el número de teléfono, mientras que otros aspectos como la nacionalidad, el estado civil y si tenía descendencia solo se reflejaron en 22% de casos. Los antecedentes psiquiátricos, presencia de discapacidad, abuso de sustancias tóxicas o personas dependientes a su cargo fueron incluidos en menor medida.

Con respecto a los datos referentes a los presuntos agresores, la relación que mantenían con la mujer aparecía en más del 73% de los documentos. Otros datos como el nombre o lugar de residencia apenas fueron recogidos, y en ningún caso se incluyó el número de teléfono.

Los datos del incidente se reflejaron en la mayoría (>70%) de los PL, incluyendo aspectos como la especificación de casos de VG y el tipo de violencia, el mecanismo lesivo y la fecha del suceso. El

lugar y la hora del incidente, aunque ampliamente recogidos, lo fueron en un porcentaje menor ($\pm 60\%$). Otros datos relacionados con el incidente como el uso de objetos durante la agresión, o si hubo otros agredidos o testigos se incluyeron en menos del 10% de los documentos.

En lo referente a las lesiones, el tipo o la localización fueron descritos en más del 90% de los documentos. En cambio, otros datos importantes para una correcta caracterización de las mismas como la forma, tamaño, color o tiempo evolutivo fueron recogidos en menos del 10%. El número de lesiones fue especificado en el 40% de los casos y cerca del 37% de los documentos contenían un dibujo de la localización de las lesiones, pero en ningún caso se hicieron fotografías. El estado psicológico de la mujer fue abordado en algo más del 60% de los casos.

Los datos relacionados con la primera atención sanitaria como son la fecha, hora, ciudad, centro o servicio, fueron cumplimentados en más del 90% de los documentos. Las medidas terapéuticas y el pronóstico clínico fueron reflejados en el 74% y el 61% de los casos, respectivamente. Sin embargo, otros datos como la utilización o no de pruebas complementarias, si fue necesario el ingreso de la paciente o una derivación a otro servicio, así como la descripción de la exploración física completa o si la mujer acude sola o acompañada a los servicios sanitarios, tuvieron menos relevancia. En el caso concreto de las medidas terapéuticas, más del 21% de los documentos hablaban de la necesidad de aplicar a la paciente medidas terapéuticas, pero no fueron especificadas cuáles, por lo que no se incluyeron en la tabla.

En cerca del 15% de los documentos se hizo referencia a VG sufrida previamente por la presunta víctima, siendo en alrededor del 13% de tipo físico y en el 7% psicológico. Apenas se incluyeron datos

acerca del inicio y frecuencia de esta violencia, ni de denuncias previas.

La actitud de la mujer frente a la elaboración del PL o la denuncia se reflejó en sólo 2 y 5 partes, respectivamente. Se hizo mención al riesgo percibido por la implicada en 10 casos y sólo en uno constaba el riesgo percibido por el facultativo. Sin embargo, más del 70% señalaron el envío del documento al juzgado de guardia.

Con respecto a la forma de cumplimentación de los PL, casi el 57% estaba informatizado y algo más del 61% tenía una letra legible. Las abreviaturas fueron muy comunes, utilizadas en más del 72%, y algunos casos incluían tachaduras. El término “víctima” no fue recogida en ningún documento, mientras que algo más del 3% sí incluía el término “agresor”.

Tabla 4.15. Apartados cumplimentados en los documentos analizados (N=474)

	Fr. Absoluta	%
Datos del facultativo responsable		
Nombre	446	94,09
Número colegiado	334	70,46
Datos de la paciente		
Nombre	470	99,16
DNI	320	67,51
Edad/año de nacimiento	406	85,65
Estado civil	107	22,57
Lugar de origen	106	22,36
Lugar de residencia	395	83,33
Teléfono	253	53,37
Antecedentes psiquiátricos	29	6,12
Discapacidad	9	1,9
Consumo sustancias tóxicas	8	1,69
Descendencia	107	22,57
Persona dependiente a su cargo	10	2,11

Tabla 4.15. Apartados cumplimentados en los documentos analizados (N=474)
(continuación 1)

	Fr. Absoluta	%
Datos del presunto agresor		
Relación paciente-presunto agresor	348	73,42
Nombre	6	1,26
Lugar de residencia	9	1,9
Teléfono	0	0
Datos del incidente		
Especificación caso VG	376	79,32
Tipo de violencia	354	74,68
Fecha	338	71,31
Lugar	303	63,92
Hora	289	60,97
Mecanismo lesivo	334	70,46
Uso de objetos	46	9,70
Otros agredidos	9	1,9
Testigos	36	7,59
Datos de las lesiones		
Tipo	440	92,83
Localización	435	91,77
Forma	38	8,02
Tamaño	31	6,54
Color	7	1,48
Número	193	40,72
Dibujo	174	36,71
Fotografía	0	0
Tiempo evolutivo	28	5,91
Lesiones previas	11	2,32
Estado psicológico de la paciente	287	60,55

Tabla 4.15. Apartados cumplimentados en los documentos analizados (N=474)
(continuación 2)

	Fr. Absoluta	%
Datos de la primera atención sanitaria		
Fecha	460	97,05
Hora	445	93,88
Ciudad	447	94,30
Centro	429	90,51
Medidas terapéuticas	351	74,05
Pruebas complementarias	80	16,88
Exploración física	102	21,52
Ingreso hospitalario	1	0,21
Actuación posterior/derivación a otro servicio	157	33,12
Pronóstico clínico	290	61,18
La paciente acude acompañada/sola	43	9,07
Antecedentes de violencia de género		
Referencia agresión previa/primer vez	70	14,77
Violencia física previa	60	12,66
Violencia psicológica previa	35	7,38
Inicio de la violencia	14	2,95
Frecuencia de la violencia	8	1,69
Intensidad de la violencia	0	0
Denuncias previas	5	1,05
Otros datos relevantes		
Actitud de la paciente frente al documento	2	0,42
Actitud de la paciente frente a la denuncia	5	1,05
Riego expresado por el facultativo	1	0,21
Riesgo referido por la paciente	10	2,11
Juzgado de guardia como destinatario	338	71,31
Datos de la cumplimentación		
Documento informatizado	270	56,96
Letra legible	290	61,18
Uso de abreviaturas	342	72,15
Tachaduras	40	8,44
Uso término <i>víctima</i>	0	0
Uso término <i>agresor</i>	16	3,37

4.2.1 Valoración según el tipo de documento

Como se comentó anteriormente, tanto los PL normalizados (67%) como los informes de primera asistencia sanitaria (33%) se consideraron conjuntamente para la valoración de su contenido, ya que ambos se utilizaron a efectos de comunicación al juzgado. Sin embargo, hemos realizado un análisis comparativo de los datos cumplimentados para comprobar si había diferencias según el tipo de documento elaborado.

Los datos descriptivos del facultativo, la paciente y el presunto agresor, cumplimentados en ambos tipos de documentos, aparecen recogidos en la **Tabla 4.16**. En referencia a los datos del facultativo responsable de la asistencia sanitaria, encontramos diferencias estadísticamente significativas tanto en la cumplimentación del nombre, como en la del número de colegiado ($p\text{-valor}<0,001$). Aunque el nombre fue generalmente recogido en ambos tipos de documentos, hubo más PL que lo contenían; al igual que el número de colegiado, que aparecía en la mayoría de los partes, faltando en más de la mitad de los informes.

Con relación a los datos descriptivos de la paciente, encontramos significación estadística en la cumplimentación de datos como el DNI, la edad o año de nacimiento, el estado civil, el lugar de origen y de residencia, la descendencia ($p\text{-valor}<0,001$), teléfono y personas dependientes a su cargo ($p\text{-valor}<0,05$). Estos datos fueron cumplimentados en mayor medida en los PL, salvo el número de teléfono que fue incluido sobre todo en los informes médicos (60%). La existencia de personas dependientes a cargo de la paciente sólo fue registrada en los PL.

Respecto a los datos del presunto agresor, las diferencias estadísticamente significativas las encontramos en la descripción del tipo de relación mantenida con la paciente ($p\text{-valor}<0,001$) y su lugar

de residencia ($p\text{-valor}<0,05$), que también se cumplimentaron predominantemente en los PL.

Tabla 4.16. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor
(partes vs informes)

		Partes (N=319)		Informes (N=155)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Datos del facultativo						
Nombre						
Sí	309	96,87	137	88,39	< 0,001	
No	10	3,13	18	11,61		
Número colegiado						
Sí	269	84,33	65	41,94	< 0,001	
No	50	15,67	90	58,06		
Datos de la paciente						
Nombre						
Sí	318	99,69	152	98,06	0,07014	
No	1	0,31	3	1,94		
DNI						
Sí	296	92,79	24	15,48	< 0,001	
No	23	7,21	131	84,52		
Edad/año de nacimiento						
Si	303	94,98	103	66,45	< 0,001	
No	16	5,02	52	33,55		
Estado civil						
Sí	106	33,23	1	0,65	< 0,001	
No	213	66,77	154	99,35		
Lugar de origen						
Sí	104	32,6	2	1,29	< 0,001	
No	215	67,4	153	98,71		
Lugar de residencia						
Sí	304	95,3	91	58,71	< 0,001	
No	15	4,7	64	41,29		

Tabla 4.16. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor
(partes vs informes) (continuación)

		Partes (N=319)		Informes (N=155)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Datos de la paciente						
Teléfono						
Sí	160	50,16	93	60	0,04388	
No	159	49,84	62	40		
Antecedentes psiquiátricos						
Sí	17	5,33	12	7,74	0,3038	
No	302	94,67	143	92,26		
Discapacidad						
Sí	8	2,51	1	0,65	0,1633	
No	311	97,49	154	99,35		
Consumo sustancias tóxicas						
Sí	5	1,57	3	1,94	0,7704	
No	314	98,43	152	98,06		
Descendencia						
Sí	98	30,72	9	5,81	< 0,001	
No	221	69,28	146	94,19		
Persona dependiente a su cargo						
Sí	10	3,13	0	0	0,02589	
No	309	96,87	155	100		
Datos del presunto agresor						
Relación paciente-presunto agresor						
Sí	256	80,25	92	59,35	< 0,001	
No	63	19,75	63	40,65		
Nombre						
Sí	6	1,88	0	0	0,08573	
No	313	98,12	155	100		
Lugar de residencia						
Sí	9	2,82	0	0	0,03474	
No	310	97,18	155	100		

La **Tabla 4.17** muestra los datos del incidente reflejados en ambos tipos de documentos. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la especificación de VG y del tipo de violencia, la fecha, lugar y hora del incidente ($p\text{-valor}<0,001$), así como el mecanismo lesivo ($p\text{-valor}<0,05$). Una vez más, estos datos aparecían reflejados en mayor medida en los PL normalizados.

En lo referente a las lesiones (**Tabla 4.18**), encontramos diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del dibujo de las mismas ($p\text{-valor}<0,001$), que no aparecía en ningún informe, mientras que sí lo hacía en más de la mitad de los PL (55%). También se encontró significación estadística en la cumplimentación del estado psicológico de la paciente ($p\text{-valor}<0,001$), que se realizó en la mayoría de los PL (74%), mientras que el 67% de los informes médicos no contenían este dato.

En los datos relativos a la primera atención sanitaria también encontramos significación estadística en algunos aspectos (**Tabla 4.19**). La fecha ($p\text{-valor}< 0,05$), hora ($p\text{-valor}<0,001$), ciudad ($p\text{-valor}<0,001$) y centro de atención ($p\text{-valor}< 0,05$) fueron cumplimentados en menor medida en los informes de primera asistencia. Otros datos como las pruebas complementarias, la exploración física y el acompañamiento de la paciente ($p\text{-valor}<0,001$), fueron recogidos sobre todo en los informes médicos. La actuación posterior o derivación a otro servicio ($p\text{-valor}<0,001$), que no fue registrado en cerca del 80% de los partes normalizados, sí aparecía en más de la mitad de los informes médicos (59%). Sin embargo, el pronóstico clínico ($p\text{-valor}<0,001$), cubierto ampliamente en los partes (87%), no aparecía en más del 90% de los informes.

Tabla 4.17. Datos del incidente (partes vs informes)

	Partes (N=319)		Informes (N=155)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Especificación caso VG					
Sí	283	88,71	93	60	< 0,001
No	36	11,29	62	40	
Tipo de violencia					
Sí	266	83,39	88	56,77	< 0,001
No	53	16,61	67	43,23	
Fecha					
Sí	288	90,28	50	32,26	< 0,001
No	31	9,72	105	67,74	
Lugar					
Sí	289	90,6	14	9,03	< 0,001
No	30	9,4	141	90,97	
Hora					
Sí	278	87,15	11	7,1	< 0,001
No	41	12,85	144	92,9	
Mecanismo lesivo					
Sí	237	74,29	97	62,58	0,00873
No	82	25,71	58	37,42	
Uso de objetos					
Sí	36	11,29	10	6,45	0,09537
No	283	88,71	145	93,55	
Otros agredidos					
Sí	6	1,88	3	1,94	0,9674
No	313	98,12	152	98,06	
Testigos					
Sí	29	9,09	7	4,52	0,07778
No	290	90,91	148	95,48	

Tabla 4.18. Datos de las lesiones (partes vs informes)

		Partes (N=319)		Informes (N=155)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Tipo						
Sí	297	93,1	143	92,26	0,7379	
No	22	6,9	12	7,74		
Localización						
Sí	297	93,1	138	89,03	0,1302	
No	22	6,9	17	10,97		
Forma						
Sí	27	8,46	11	7,1	0,6071	
No	292	91,54	144	92,9		
Tamaño						
Sí	16	5,02	15	9,68	0,05413	
No	303	94,98	140	90,32		
Color						
Sí	6	1,88	1	0,65	0,2954	
No	313	98,12	154	99,35		
Número						
Sí	126	39,5	67	43,23	0,4384	
No	193	60,5	88	56,77		
Dibujo						
Sí	174	54,55	0	0	< 0,001	
No	145	45,45	155	100		
Tiempo evolutivo						
Sí	19	5,96	9	5,81	0,9483	
No	300	94,04	146	94,19		
Lesiones previas						
Sí	9	2,82	2	1,29	0,299	
No	310	97,18	153	98,71		
Estado psicológico de la paciente						
Sí	236	73,98	51	32,9	< 0,001	
No	83	26,02	104	67,1		

Tabla 4.19. Datos de la primera atención sanitaria (partes vs informes)

		Partes (N=319)		Informes (N=155)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Fecha						
Sí	314	98,43	146	94,19	0,01055	
No	5	1,57	9	5,81		
Hora						
Sí	309	96,87	136	87,74	< 0,001	
No	10	3,13	19	12,26		
Ciudad						
Sí	314	98,43	133	85,81	< 0,001	
No	5	1,57	22	14,19		
Centro						
Sí	298	93,42	131	84,52	0,00193	
No	21	6,58	24	15,48		
Medidas terapéuticas						
Sí	241	75,55	110	70,97	0,2858	
No	78	24,45	45	29,03		
Pruebas complementarias						
Sí	10	3,13	70	45,16	< 0,001	
No	309	96,87	85	54,84		
Exploración física						
Sí	35	10,97	67	43,23	< 0,001	
No	284	89,03	88	56,77		
Ingreso hospitalario						
Sí	0	0	1	0,65	0,151	
No	319	100	154	99,35		
Actuación posterior/derivación a otro servicio						
Sí	66	20,69	91	58,71	< 0,001	
No	253	79,31	64	41,29		
Pronóstico clínico						
Sí	278	87,15	12	7,74	< 0,001	
No	41	12,85	143	92,26		
La paciente acude acompañada/sola						
Sí	12	3,76	31	20	< 0,001	
No	307	96,24	124	80		

Los antecedentes de VG aparecen recogidos en la **Tabla 4.20**, dónde encontramos significación estadística en la cumplimentación de la frecuencia de la violencia ($p\text{-valor}<0,05$), observando que ningún informe médico registró este dato.

Tabla 4.20. Antecedentes de violencia de género (partes vs informes)

	Partes (N=319)		Informes (N=155)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Agresión previa/primer vez					
Sí	51	15,99	19	12,26	0,283
No	268	84,01	136	87,74	
Violencia física previa					
Sí	42	13,17	18	11,61	0,6333
No	277	86,83	137	88,39	
Violencia psicológica previa					
Sí	27	8,46	8	5,16	0,1971
No	292	91,54	147	94,84	
Inicio de la violencia					
Sí	11	3,45	3	1,94	0,3614
No	308	96,55	152	98,06	
Frecuencia de la violencia					
Sí	8	2,51	0	0	0,04676
No	311	97,49	155	100	
Denuncias previas					
Sí	4	1,25	1	0,65	0,5428
No	315	98,75	154	99,35	

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la actitud de la paciente frente al documento ($p\text{-valor}<0,05$), que no fue recogido en ningún PL, y la referencia al juzgado de guardia como destinatario del documento ($p\text{-valor}<0,001$), cubierto ampliamente en los PL (96%), mientras que el 80% de los informes médicos no lo incluía (Tabla 4.21).

Tabla 4.21. Otros datos relevantes (partes vs informes)

	Partes (N=319)		Informes (N=155)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Actitud paciente frente al documento					
Sí	0	0	2	1,29	0,04204
No	319	100	153	98,71	
Actitud paciente frente a la denuncia					
Sí	2	0,63	3	1,94	0,1908
No	317	99,37	152	98,06	
Riesgo expresado por el facultativo					
Sí	0	0	1	0,65	0,151
No	319	100	154	99,35	
Riesgo referido por la paciente					
Sí	7	2,19	3	1,94	0,854
No	312	97,81	152	98,06	
Juzgado de guardia como destinatario					
Sí	307	96,24	31	20	< 0,001
No	12	3,76	124	80	

En relación a los datos acerca de la legibilidad de los documentos (Tabla 4.22), se encontró significación estadística en el uso de abreviaturas ($p\text{-valor}<0,001$), utilizadas en ambos tipos de documentos, pero sobre todo en los informes médicos (85%).

Tabla 4.22. Datos sobre la legibilidad de los documentos (partes vs informes)

	Partes (N=319)		Informes (N=155)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Documento informatizado					
Sí	180	56,43	90	58,06	0,7354
No	139	43,57	65	41,94	
Letra legible					
Sí	196	61,44	94	60,65	0,8674
No	123	38,56	61	39,35	
Uso de abreviaturas					
Sí	211	66,14	131	84,52	< 0,001
No	108	33,86	24	15,48	
Tachaduras					
Sí	23	7,21	17	10,97	0,1674
No	296	92,79	138	89,03	
Uso término agresor					
Sí	13	4,08	3	1,94	0,2262
No	306	95,92	152	98,06	

4.2.2 Valoración según el servicio asistencial

Teniendo en cuenta los datos cumplimentados en los documentos analizados, procedimos a comparar la elaboración de los mismos en función del servicio asistencial que los había emitido. Para ello, clasificamos los servicios en dos grupos, por un lado, atención primaria vs hospitalaria y, por otro, atención urgente vs programada.

4.2.2.1 Atención primaria vs Atención hospitalaria

En la **Tabla 4.23** podemos observar la relación comparativa de la cumplimentación de los documentos en función de su elaboración en un servicio de atención primaria (PAC o centro de salud) *versus* hospitalaria (urgencias o consulta).

Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de documento cumplimentado (*p-valor* <0,001). Los servicios de atención primaria elaboraron más PL normalizados, mientras que en los servicios hospitalarios fueron más frecuentes los informes médicos.

Respecto a los datos del facultativo responsable, se encontró significación estadística tanto en la cumplimentación del nombre (*p-valor* <0,001) como del número de colegiado (*p-valor* <0,001). El nombre se recogía en la mayoría de documentos de ambos servicios, mientras que el número de colegiado, que aparecía ampliamente en los documentos de atención primaria, no se incluía en más del 60% de los documentos de atención hospitalaria.

En relación con los datos personales de la presunta víctima, encontramos diferencias estadísticamente significativas en información como el DNI, estado civil, lugar de origen, teléfono, descendencia (*p-valor* <0,001) y antecedentes psiquiátricos (*p-valor*

$<0,05$). El DNI aparecía mayoritariamente en los documentos elaborados en atención primaria, faltando en la mayor parte de documentos de atención hospitalaria. Otros aspectos como el estado civil, el lugar de origen, los antecedentes psiquiátricos o la descendencia fueron mayoritariamente ignorados en los documentos de ambos servicios, pero a excepción de los antecedentes psiquiátricos, los otros datos aparecían sobre todo en los elaborados en atención primaria. La información sobre el teléfono de la presunta víctima fue registrada en una mayor proporción de documentos elaborados en el hospital (77%), omitiéndose en más de la mitad de los documentos de atención primaria.

También se encontró significación estadística en el registro de la relación existente entre la paciente y el presunto agresor (p -valor $<0,001$), que no se incluía en cerca de la mitad de documentos de atención hospitalaria (48%).

Tabla 4.23. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor
(at. primaria vs hospitalaria)

	At. Primaria (N= 367)		At. Hospitalaria (N=107)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Tipo de documento					
Parte normalizado	307	83,65	12	11,21	< 0,001
Informe médico	60	16,35	95	88,79	
Datos del facultativo					
Nombre					
Sí	356	97	90	84,11	< 0,001
No	11	3	17	15,89	
Número colegiado					
Sí	293	79,84	41	38,32	< 0,001
No	74	20,16	66	61,68	
Datos de la paciente					
Nombre					
Sí	363	98,91	107	100	0,2781
No	4	1,09	0	0	
DNI					
Sí	288	78,47	32	29,91	< 0,001
No	79	21,53	75	70,09	
Edad/año de nacimiento					
Sí	316	86,1	90	84,11	0,6051
No	51	13,9	17	15,89	
Estado civil					
Sí	103	28,07	4	3,74	< 0,001
No	264	71,93	103	96,26	
Lugar de origen					
Sí	104	28,34	2	1,87	< 0,001
No	263	71,66	105	98,13	
Lugar de residencia					
Sí	312	85,01	83	77,57	0,06907
No	55	14,99	24	22,43	

Tabla 4.23. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor
(at. primaria vs hospitalaria) (continuación)

		At. Primaria (N= 367)		At. Hospitalaria (N=107)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Datos de la paciente						
Teléfono						
Sí	171	46,59	82	76,64	< 0,001	
No	196	53,41	25	23,36		
Antecedentes psiquiátricos						
Sí	18	4,9	11	10,28	0,04119	
No	349	95,1	96	89,72		
Discapacidad						
Sí	9	2,45	0	0	0,102	
No	358	97,55	107	100		
Consumo sustancias tóxicas						
Sí	6	1,63	2	1,87	0,8685	
No	361	98,37	105	98,13		
Descendencia						
Sí	101	27,52	6	5,61	< 0,001	
No	266	72,48	101	94,39		
Persona dependiente a su cargo						
Sí	10	2,72	0	0	0,08438	
No	357	97,28	107	100		
Datos del presunto agresor						
Relación paciente-presunto agresor						
Sí	292	79,56	56	52,34	< 0,001	
No	75	20,44	51	47,66		
Nombre						
Sí	6	1,63	0	0	0,1832	
No	361	98,37	107	100		
Lugar de residencia						
Sí	9	2,45	0	0	0,102	
No	358	97,55	107	100		

En relación con la cumplimentación de los datos descriptivos del incidente, encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuestiones como la especificación de caso como VG y el tipo de violencia, la fecha, lugar y hora del incidente ($p\text{-valor} < 0,001$), y el mecanismo lesivo ($p\text{-valor} < 0,05$). La especificación de los casos como VG, así como del tipo de violencia fueron más recogidas en atención primaria (más del 80%), mientras que en los servicios hospitalarios se recogió en poco más del 50% de los documentos. Lo mismo ocurre con la fecha, lugar y hora del incidente, que fueron incluidos en la mayoría de los documentos elaborados en atención primaria frente a los cumplimentados en el hospital, que habitualmente no recogían estos datos. El origen de las lesiones o mecanismo lesivo constaban en la mayoría de los documentos de ambos servicios, pero sobre todo en atención primaria (Tabla 4.24).

Con respecto a los datos descriptivos de las lesiones, encontramos significación estadística en el dibujo de las mismas y la información sobre el estado psicológico de la paciente ($p\text{-valor} < 0,001$). Ningún documento elaborado en hospital recogió un dibujo de las lesiones, mientras que cerca de la mitad (47%) de los documentos elaborados en atención primaria sí lo incluía. El estado psicológico de la paciente durante la primera asistencia sanitaria aparecía sobre todo en atención primaria (70%), mientras que este aspecto se omitió en la mayor parte de los documentos elaborados en el hospital (Tabla 4.25).

Tabla 4.24. Datos del incidente (at. primaria vs hospitalaria)

	At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Especificación caso VG					
Sí	318	86,65	58	54,21	< 0,001
No	49	13,35	49	45,79	
Tipo de violencia					
Sí	295	80,38	59	55,14	< 0,001
No	72	19,62	48	44,86	
Fecha					
Sí	301	82,02	37	34,58	< 0,001
No	66	17,98	70	65,42	
Lugar					
Sí	286	77,93	17	15,89	< 0,001
No	81	22,07	90	84,11	
Hora					
Sí	282	76,84	7	6,54	< 0,001
No	85	23,16	100	93,46	
Mecanismo lesivo					
Sí	270	73,57	64	59,81	0,00606
No	97	26,43	43	40,19	
Uso de objetos					
Sí	39	10,63	7	6,54	0,2091
No	328	89,37	100	93,46	
Otros agredidos					
Sí	6	1,63	3	2,80	0,4357
No	361	98,37	104	97,2	
Testigos					
Sí	30	8,17	6	5,61	0,3778
No	337	91,83	101	94,39	

Tabla 4.25. Datos de las lesiones (at. primaria vs hospitalaria)

		At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Tipo						
Sí	337	91,83	103	96,26	0,1176	
No	30	8,17	4	3,74		
Localización						
Sí	334	91,01	101	94,39	0,2623	
No	33	8,99	6	5,61		
Forma						
Sí	31	8,45	7	6,54	0,5232	
No	336	91,55	100	93,26		
Tamaño						
Sí	20	5,45	11	10,28	0,07533	
No	347	94,55	96	89,72		
Color						
Sí	6	1,63	1	0,93	0,5972	
No	361	98,37	106	99,07		
Número						
Sí	145	39,51	48	44,86	0,3216	
No	222	60,49	59	55,14		
Dibujo						
Sí	174	47,41	0	0	< 0,001	
No	193	52,59	107	100		
Tiempo evolutivo						
Sí	21	5,72	7	6,54	0,7516	
No	346	94,28	100	93,46		
Lesiones previas						
Sí	8	2,18	3	2,8	0,706	
No	359	97,82	104	97,2		
Estado psicológico de la paciente						
Sí	256	69,75	31	28,97	< 0,001	
No	111	30,25	76	71,0		

En referencia a los datos descriptivos de la primera atención sanitaria, también encontramos diferencias estadísticamente significativas en algunos aspectos como la fecha ($p\text{-valor} < 0,05$) y el centro de atención, las pruebas complementarias, la exploración física, la actuación posterior o derivación a otro servicio, el pronóstico clínico, y la referencia a si la paciente acudía sola o acompañada ($p\text{-valor} < 0,001$). La fecha y el centro de atención fueron incluidos en la mayoría de documentos de ambos servicios, estando presente en todos los realizados a nivel hospitalario. Tanto las pruebas complementarias, como la descripción de una exploración física completa y la actuación posterior, no se reflejaron en la mayor parte de documentos de atención primaria, pero sí lo hacían en más de la mitad de los elaborados en el hospital. Por el contrario, el pronóstico clínico se reflejó predominantemente en los documentos de atención primaria, mientras que el 88% de los elaborados en el hospital no recogían este aspecto. La referencia a si la paciente había acudido al servicio sanitario acompañada o sola aparecía en baja proporción de casos, pero con diferencias a favor de los documentos elaborados en el hospital (Tabla 4.26).

Tabla 4.26. Datos de la primera atención sanitaria (at. primaria vs hospitalaria)

		At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)		p-valor
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Fecha						
Sí	353	96,19	107	100	0,04028	
No	14	3,81	0	0		
Hora						
Sí	344	93,73	101	94,39	0,8022	
No	23	6,27	6	5,61		
Ciudad						
Sí	343	93,46	104	97,2	0,1423	
No	24	6,54	3	2,8		
Centro						
Sí	322	87,74	107	100	< 0,001	
No	45	12,26	0	0		
Medidas terapéuticas						
Sí	269	73,3	82	76,64	0,4882	
No	98	26,7	25	23,36		
Pruebas complementarias						
Sí	14	3,81	66	61,68	< 0,001	
No	353	96,19	41	38,32		
Exploración física						
Sí	40	10,9	62	57,94	< 0,001	
No	327	89,1	45	42,06		
Ingreso hospitalario						
Sí	0	0	1	0,93	0,06375	
No	367	100	106	99,07		
Actuación posterior/derivación a otro servicio						
Sí	89	24,25	68	63,55	< 0,001	
No	278	75,75	39	36,45		
Pronóstico clínico						
Sí	277	75,48	13	12,15	< 0,001	
No	90	24,52	94	87,85		
La paciente acude acompañada/sola						
Sí	18	4,9	25	23,36	< 0,001	
No	349	95,1	82	76,64		

Como se puede observar en la **Tabla 4.27**, en relación a los datos sobre los antecedentes de VG, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 4.27. Antecedentes de violencia de género (at. primaria vs hospitalaria)

		At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Agresión previa/primer vez						
Sí	59	16,08	11	10,28	0,137	
No	308	83,92	96	89,72		
Violencia física previa						
Sí	49	13,35	11	10,28	0,4005	
No	318	86,65	96	89,72		
Violencia psicológica previa						
Sí	31	8,45	4	3,74	0,1012	
No	336	91,55	103	96,26		
Inicio de la violencia						
Sí	11	3	3	2,8	0,9171	
No	356	97	104	97,2		
Frecuencia de la violencia						
Sí	8	2,18	0	0	0,1235	
No	359	97,82	107	100		
Denuncias previas						
Sí	4	1,09	1	0,93	0,8899	
No	363	98,91	106	99,07		

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la referencia al juzgado de guardia como destinatario del documento ($p\text{-valor} < 0,001$). La mayoría (84%) de los documentos elaborados en atención primaria lo recogían, mientras que el 73% de los realizados a nivel hospitalario no hacían referencia a este aspecto (Tabla 4.28).

Tabla 4.28. Otros datos relevantes (at. primaria vs hospitalaria)

		At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Actitud paciente frente al documento						
Sí	1	0,27	1	0,93	0,3525	
No	366	99,73	106	99,07		
Actitud paciente frente a la denuncia						
Sí	3	0,82	2	1,87	0,3488	
No	364	99,18	105	98,13		
Riesgo expresado por el facultativo						
Sí	0	0	1	0,93	0,06375	
No	367	100	106	99,07		
Riesgo referido por la paciente						
Sí	9	2,45	1	0,93	0,3364	
No	358	97,55	106	99,07		
Juzgado de guardia como destinatario						
Sí	309	84,2	29	27,1	< 0,001	
No	58	15,8	78	72,9		

En cuanto a los datos sobre la legibilidad de los documentos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la informatización del documento, la letra legible y el uso de abreviaturas ($p\text{-valor}<0,05$). La mayor parte de los documentos elaborados en ambos servicios estaban informatizados o con una letra comprensible. Sin embargo, entre los que pertenecían al ámbito de atención primaria había más documentos elaborados a mano y con letra poco clara. Las abreviaturas, que aparecían en la mayoría de documentos, predominaron en los servicios hospitalarios (Tabla 4.29).

Tabla 4.29. Datos sobre la legibilidad de los documentos
(at. primaria vs hospitalaria)

	At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Documento informatizado					
Sí	197	53,68	73	68,22	0,0075
No	170	46,32	34	31,78	
Letra legible					
Sí	211	57,49	79	73,83	0,00228
No	156	42,51	28	26,17	
Uso de abreviaturas					
Sí	252	68,66	90	84,11	0,00171
No	115	31,34	17	15,89	
Tachaduras					
Sí	31	8,45	9	8,41	0,9907
No	336	91,55	98	91,59	
Uso término agresor					
Sí	14	3,81	2	1,87	0,3268
No	353	96,19	105	98,13	

4.2.2.2 Atención urgente vs Atención programada

Hemos analizado también las diferencias de cumplimentación de los documentos en función de su elaboración en servicios de atención urgente (PAC/urgencias) o programada (centro de salud/consulta).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la cumplimentación de algunos de los datos descriptivos de la paciente como son la edad ($p\text{-valor} < 0.05$), el estado civil, lugar de origen ($p\text{-valor} < 0.001$) y residencia ($p\text{-valor} < 0.05$), el teléfono ($p\text{-valor} < 0.001$), los antecedentes psiquiátricos y la descendencia ($p\text{-valor} < 0.05$). La edad y el lugar de residencia, aunque fueron cumplimentados en la mayoría de los documentos en ambos servicios, predominaron en atención programada. El estado civil y el lugar de origen fueron menos tenidos en cuenta en ambos servicios, pero sobre todo en los urgentes (82%). El teléfono aparecía en algo más del 70% de los documentos elaborados en atención programada, no constando en más de la mitad de los de atención urgente. Con respecto a los antecedentes psiquiátricos, aparecían en más documentos de atención urgente, y la descripción de la descendencia de la mujer constaba sobre todo en los de atención programada (Tabla 4.30).

Tabla 4.30. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor
(at. urgente vs programada)

	At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Tipo de documento					
Parte normalizado Informe médico	251 131	65,71 34,29	68 24	73,91 26,09	0,132
Datos del facultativo					
Nombre					
Sí No	357 25	93,46 6,54	89 3	96,74 3,26	0,2304
Número colegiado					
Sí No	270 112	70,68 29,32	64 28	69,57 30,43	0,8333
Datos de la paciente					
Nombre					
Sí No	378 4	98,95 1,05	92 0	100 0	0,3243
DNI					
Sí No	250 132	65,45 34,55	70 22	76,09 23,91	0,0504
Edad/año de nacimiento					
Sí No	318 64	83,25 16,75	88 4	95,65 4,35	0,00231
Estado civil					
Sí No	70 312	18,32 81,68	37 55	40,22 59,78	<0,001
Lugar de origen					
Sí No	69 313	18,06 81,94	37 55	40,22 59,78	<0,001
Lugar de residencia					
Sí No	308 74	80,63 19,37	87 5	94,57 5,43	0,00128

Tabla 4.30. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor
(at. urgente vs programada) (continuación)

		At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Datos de la paciente						
Teléfono						
Sí	188	49,21	65	70,65	< 0,001	
No	194	50,79	27	29,35		
Antecedentes psiquiátricos						
Sí	28	7,33	1	1,09	0,0249	
No	354	92,67	91	98,91		
Discapacidad						
Sí	8	2,09	1	1,09	0,5251	
No	374	97,91	91	98,91		
Consumo sustancias tóxicas						
Sí	8	2,09	0	0	0,1615	
No	374	97,91	92	100		
Descendencia						
Sí	75	19,63	32	34,78	0,00181	
No	307	80,37	60	65,22		
Persona dependiente a su cargo						
Sí	7	1,83	3	3,26	0,3921	
No	375	98,17	89	96,74		
Datos del presunto agresor						
Relación paciente-presunto agresor						
Sí	275	71,99	73	79,35	0,1515	
No	107	28,01	19	20,65		
Nombre						
Sí	6	1,57	0	0	0,2264	
No	376	98,43	92	100		
Lugar de residencia						
Sí	5	1,31	4	4,35	0,0552	
No	377	98,69	88	95,65		

Con referencia a los datos descriptivos del incidente, se encontró significación estadística en la cumplimentación del lugar del mismo ($p\text{-valor}<0,05$). Aparecía en la mayor parte de los documentos de ambos servicios, pero sobre en atención programada (Tabla 4.31).

Tabla 4.31. Datos del incidente (at. urgente vs programada)

	At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Especificación caso VG					
Sí	298	78,01	78	84,78	0,1499
No	84	21,99	14	15,22	
Tipo de violencia					
Sí	282	73,82	72	78,26	0,3794
No	100	26,18	20	21,74	
Fecha					
Sí	267	69,9	71	77,17	0,1659
No	115	30,1	21	22,83	
Lugar					
Sí	236	61,78	67	72,83	0,04763
No	146	38,22	25	27,17	
Hora					
Sí	226	59,16	63	68,48	0,1001
No	156	40,84	29	31,52	
Mecanismo lesivo					
Sí	267	69,9	67	72,83	0,5801
No	115	30,1	25	27,17	
Uso de objetos					
Sí	35	9,16	11	11,96	0,4163
No	347	90,84	81	88,04	
Otros agredidos					
Sí	8	2,09	1	1,09	0,5251
No	374	97,91	91	98,91	
Testigos					
Sí	33	8,64	3	3,26	0,08047
No	349	91,36	89	96,74	

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos servicios en relación con los datos descriptivos de las lesiones, como se puede ver en la [Tabla 4.32](#).

Con respecto a los datos descriptivos de la primera atención sanitaria, encontramos significación estadística en cuanto al registro de la exploración física completa de la mujer ($p\text{-valor} < 0.05$). Aunque este aspecto fue poco tenido en cuenta en ambos grupos, fue superior el número de documentos elaborados en atención programa que sí lo incluían (34% frente a 19%) ([Tabla 4.33](#)).



Tabla 4.32. Datos de las lesiones (at. urgente vs programada)

		At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Tipo						
Sí	354	92,67	86	93,48	0,7874	
No	28	7,33	6	6,52		
Localización						
Sí	347	90,84	88	95,65	0,1314	
No	35	9,16	4	4,35		
Forma						
Sí	34	8,9	4	4,35	0,1488	
No	348	91,1	88	95,65		
Tamaño						
Sí	29	7,59	2	2,17	0,0592	
No	353	92,41	90	97,83		
Color						
Sí	5	1,31	2	2,17	0,5369	
No	377	98,69	90	97,83		
Número						
Sí	157	41,1	36	39,13	0,73	
No	225	58,9	56	60,87		
Dibujo						
Sí	143	37,43	31	33,7	0,5042	
No	239	62,57	61	66,3		
Tiempo evolutivo						
Sí	21	5,5	7	7,61	0,4406	
No	361	94,5	85	92,39		
Lesiones previas						
Sí	10	2,62	1	1,09	0,3813	
No	372	97,38	91	98,91		
Estado psicológico de la paciente						
Sí	228	59,69	59	64,13	0,4336	
No	154	40,31	33	35,87		

Tabla 4.33. Datos de la primera atención sanitaria (at. urgente vs programada)

		At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Fecha						
Sí	371	97,12	89	96,74	0,8462	
No	11	2,88	3	3,26		
Hora						
Sí	358	93,72	87	94,57	0,7606	
No	24	6,28	5	5,43		
Ciudad						
Sí	359	93,98	88	95,65	0,5342	
No	23	6,02	4	4,35		
Centro						
Sí	342	89,53	87	94,57	0,139	
No	40	10,47	5	5,43		
Medidas terapéuticas						
Sí	281	73,56	70	76,09	0,6197	
No	101	26,44	22	23,91		
Pruebas complementarias						
Sí	60	15,71	20	21,74	0,1655	
No	322	84,29	72	78,26		
Exploración física						
Sí	71	18,59	31	33,7	0,00155	
No	311	81,41	61	66,3		
Ingreso hospitalario						
Sí	1	0,26	0	0	0,6232	
No	381	99,74	92	100		
Actuación posterior/derivación a otro servicio						
Sí	133	34,82	24	26,09	0,1102	
No	249	65,18	68	73,91		
Pronóstico clínico						
Sí	228	59,69	62	67,39	0,1734	
No	154	40,31	30	32,61		
La paciente acude acompañada/sola						
Sí	35	9,16	8	8,7	0,8887	
No	347	90,84	84	91,3		

En la **Tabla 4.34** se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los servicios, en relación a los datos sobre los antecedentes de VG.

Tabla 4.34. Antecedentes de violencia de género (at. urgente vs programada)

	At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Agresión previa/primer vez					
Sí	59	15,45	11	11,96	0,3972
No	323	84,55	81	88,04	
Violencia física previa					
Sí	52	13,61	8	8,7	0,2029
No	330	86,39	84	91,3	
Violencia psicológica previa					
Sí	29	7,59	6	6,52	0,7246
No	353	92,41	86	93,48	
Inicio de la violencia					
Sí	11	2,88	3	3,26	0,8462
No	371	97,12	89	96,74	
Frecuencia de la violencia					
Sí	6	1,57	2	2,17	0,6868
No	376	98,43	90	97,83	
Denuncias previas					
Sí	4	1,05	1	1,09	0,9732
No	378	98,95	91	98,91	

Sí se encontró significación estadística en la referencia al juzgado de guardia como destinatario de los documentos (*p-valor* <0.05). La mayor parte de los documentos elaborados en ambos servicios contenían este dato, pero sobre todo los servicios de atención programada (más del 80%) (Tabla 4.35).

Tabla 4.35. Otros datos relevantes (at. urgente vs programada)

	At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Actitud paciente frente al documento					
Sí	2	0,52	0	0	0,4867
No	380	99,48	92	100	
Actitud paciente frente a la denuncia					
Sí	4	1,05	1	1,09	0,9732
No	378	98,95	91	98,91	
Riesgo expresado por el facultativo					
Sí	1	0,26	0	0	0,6232
No	381	99,74	92	100	
Riesgo referido por la paciente					
Sí	10	2,62	0	0	0,1168
No	372	97,38	92	100	
Juzgado de guardia como destinatario					
Sí	264	69,11	74	80,43	0,0311
No	118	30,89	18	19,57	

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a los datos sobre la informatización del documento, la legibilidad de los mismos ($p\text{-valor}<0,001$) y la aparición de tachaduras ($p\text{-valor}<0,05$). La mayor parte de los documentos elaborados en ambos servicios estaban informatizados y tenían una letra legible, pero sobre todo los elaborados en servicios de atención programada. Las tachaduras no fueron frecuentes en ambos servicios, pero aparecían en cerca del 10% de los documentos elaborados en servicios de atención urgente (Tabla 4.36).

Tabla 4.36. Datos sobre la legibilidad de los documentos
(at. urgente vs programada)

	At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Documento informatizado					
Sí	195	51,05	75	81,52	<0,001
No	187	48,95	17	18,48	
Letra legible					
Sí	213	55,76	77	83,7	<0,001
No	169	44,24	15	16,3	
Uso de abreviaturas					
Sí	275	71,99	67	72,83	0,8723
No	107	28,01	25	27,17	
Tachaduras					
Sí	37	9,69	3	3,26	0,04656
No	345	90,31	89	96,74	
Uso término agresor					
Sí	13	3,4	3	3,26	0,9459
No	369	96,6	89	96,74	

4.2.3 Valoración según los baremos de calidad

4.2.3.1 Aplicación del baremo de *García Minguito et al.*

En la **Tabla 4.37** podemos observar el número de PL e informes médicos que obtuvieron la máxima puntuación para cada ítem, es decir, el número de documentos que contenían esos datos correctamente cumplimentados. Casi la totalidad incluía los datos de la presunta víctima y más del 90% también contenía los datos del facultativo responsable de la primera asistencia sanitaria, la descripción del tipo y localización de las lesiones, y no contenían tachaduras. El ítem 9, la referencia a si la mujer había sufrido agresiones con anterioridad o si ésta había sido la primera vez, fue el menos incluido en los documentos (14,8%).

Tabla 4.37. Aplicación del baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸

	Fr. Absoluta	%
1. Datos del facultativo	459	96,83
2. Datos filiación de la mujer	470	99,16
3. Especificación del caso como VG	385	81,22
4. Fecha y hora del incidente	286	60,34
5. Descripción del tipo de lesiones	440	92,83
6. Localización de las lesiones	435	91,77
7. Estado psicológico de la mujer	287	60,55
8. Medidas terapéuticas	250	52,74
9. Referencia agresiones previas/primera vez	70	14,77
10. Ausencia de tachaduras	434	91,56

Con los datos obtenidos, se realizó una clasificación de la calidad de los documentos. El 40% eran de calidad media, con una distribución similar entre los de calidad alta y baja (30%, respectivamente) (Tabla 4.38). La mínima puntuación obtenida fue de 20 puntos y la máxima de 100, con una media de 79,69 puntos, una mediana de 85 y una desviación estándar de 14,29.

Tabla 4.38. Calidad de los documentos según el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸

	Fr. Absoluta	%
Alta (90-100)	146	30,80
Media (75-89)	190	40,08
Baja (<75)	138	29,11

Aplicamos el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ para comparar la calidad de ambos tipos de documentos (PL vs Informes), encontrando significación estadística ($p\text{-valor} < 0,001$). La mayoría de los PL tenían una calidad alta o media, mientras que más de la mitad de los informes médicos presentaban una calidad baja (Tabla 4.39, Figura 4.4).

Tabla 4.39. Calidad según el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y el tipo de documento ($p\text{-valor} < 0,001$)

	PL (N=319)		Informes (N=155)	
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%
Alta (90-100)	136	42,63	10	6,45
Media (75-89)	128	40,13	62	40
Baja (<75)	55	17,24	83	53,55

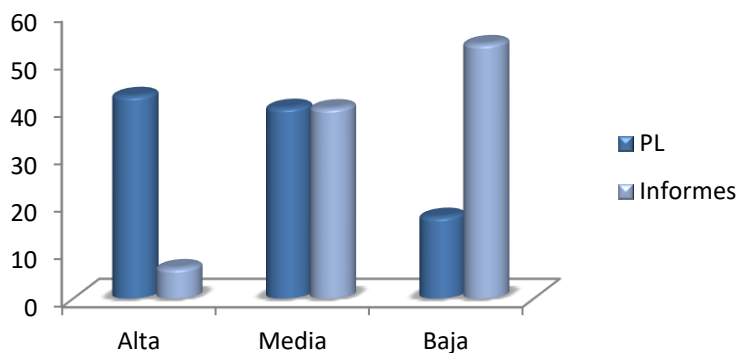


Figura 4.4. Distribución de la calidad según el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y el tipo de documento (%)

Si comparamos la calidad de los documentos según la estructura asistencial de emisión, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre atención primaria y hospitalaria ($p\text{-valor} < 0.01$). Podemos afirmar que la mayor parte de los documentos emitidos por atención primaria tenían una calidad media, mientras que en atención hospitalaria predominaban los de calidad baja. Los documentos con una calidad más alta fueron elaborados en los servicios de atención primaria (Tabla 4.40, Figura 4.5).

Tabla 4.40. Calidad según el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y el servicio asistencial (at. primaria vs hospitalaria) ($p\text{-valor} < 0.01$)

	At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)	
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%
Alta (90-100)	139	37,87	7	6,54
Media (75-89)	145	39,51	45	42,06
Baja (<75)	83	22,62	55	51,4

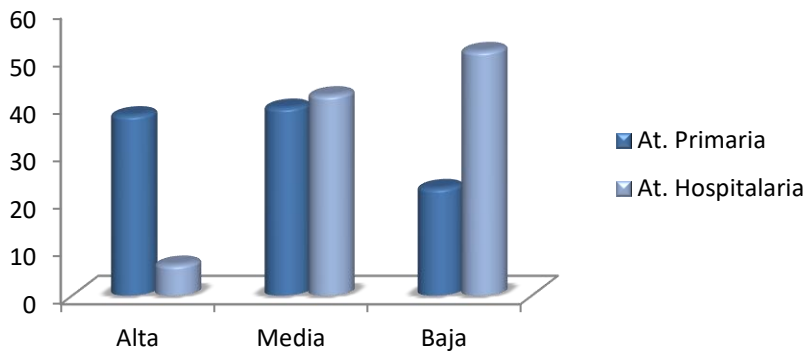


Figura 4.5. Distribución de la calidad según el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y el servicio asistencial (atención primaria vs hospitalaria) (%)

Al comparar la calidad de los documentos según el servicio de atención fuera urgente o programado, no encontramos diferencias estadísticamente significativas, como se puede ver en la **Tabla 4.41**.

Tabla 4.41. Calidad según el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y el servicio asistencial (at. urgente vs programada) (*p*-valor=0,2769)

	At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)	
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%
Alta (90-100)	112	29,32	34	36,96
Media (75-89)	159	41,62	31	33,69
Baja (<75)	111	29,06	27	29,35

4.2.3.2 Aplicación del baremo propio

En la **Tabla 4.42** podemos observar el número de documentos que obtuvieron la máxima puntuación por la cumplimentación de cada dato. La mayoría incluían los datos de la paciente, así como los del facultativo, la primera atención sanitaria (> 90%) y la relación entre la mujer y el presunto agresor (> 80%). Los ítems que menos se han cumplido fueron el dibujo o fotografía de las lesiones, la actuación posterior o derivación a otro servicio (< 40%), la referencia a la existencia de agresiones previas o si era la primera (15%), pero sobre todo se ignoró la referencia a si la mujer acudía sola o acompañada (9%).

Tabla 4.42. Aplicación del baremo propio

	Fr. Absoluta	%
1. Datos del facultativo	459	96,84
2. Nombre de la paciente	470	99,16
3. Especificación del caso como VG	385	81,22
4. Datos del incidente	298	62,87
5. Tipo violencia/mecanismo lesivo	370	78,06
6. Descripción de las lesiones	224	47,26
8. Dibujo/fotografía de las lesiones	175	36,92
9. Estado psicológico de la paciente	287	60,55
10. Datos de la primera atención sanitaria	462	97,47
11. Medidas terapéuticas	250	52,74
12. Pronóstico clínico	290	61,18
13. Actuación posterior/derivación a otro servicio	157	33,12
14. Referencia a si la paciente acude acompañada/sola	43	9,07
15. Antecedentes de VG	70	14,77
16. Ausencia de abreviaturas y tachaduras	127	26,79

Como se puede ver en la **Tabla 4.43**, más de la mitad de los documentos tenían una calidad media, mientras que el 16% tenían una calidad baja, alcanzando una calidad alta el 29%. La mínima puntuación alcanzada fue de 15 y la máxima de 90, con una media de 62,74 puntos, una mediana de 65 y una desviación estándar de 14,86.

Tabla 4.43. Calidad de los documentos siguiendo el baremo propio

	Fr. Absoluta	%
Alta (> 70)	138	29,11
Media (50-70)	258	54,43
Baja (<50)	78	16,45

Cuando aplicamos el baremo propio, encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de documento (*p-valor*<0,001). La mayor parte de documentos de ambos grupos tenían una calidad media, sobre todo los informes. Los documentos con calidad alta eran mayoritariamente PL, mientras que la calidad baja era predominante entre informes médicos (**Tabla 4.44**, **Figura 4.6**).

Tabla 4.44. Calidad según el baremo propio y el tipo de documento
(*p-valor*<0,001)

	PL (N=319)		Informes (N=155)	
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%
Alta (> 70)	130	40,75	8	5,16
Media (50-70)	161	50,47	97	62,58
Baja (<50)	28	8,78	50	32,26

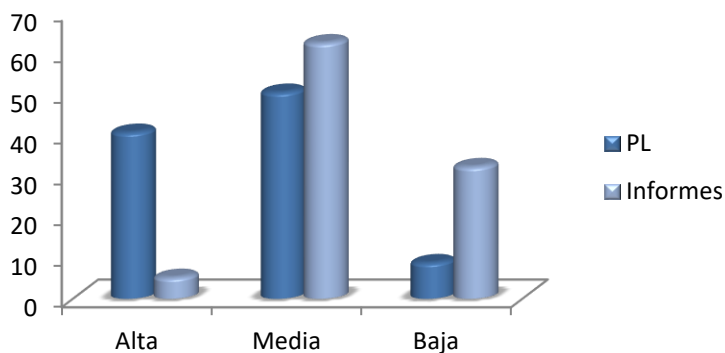


Figura 4.6. Distribución de la calidad según el baremo propio y el tipo de documento (%)

Encontramos diferencias estadísticamente significativas comparando la calidad de los documentos según nuestro baremo, entre los servicios de atención primaria y hospitalaria ($p\text{-valor}<0,01$). En ambos grupos, más de la mitad de los documentos tenían una calidad media; sin embargo, en atención primaria había mayor número de calidad más alta (Tabla 4.45, Figura 4.7).

Tabla 4.45. Calidad según el baremo propio y el servicio asistencial (at. primaria vs hospitalaria) ($p\text{-valor}<0.01$)

	At. Primaria (N=367)		At. Hospitalaria (N=107)	
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%
Alta (> 70)	131	35,7	7	6,54
Media (50-70)	190	51,77	68	63,55
Baja (<50)	46	12,53	32	29,91

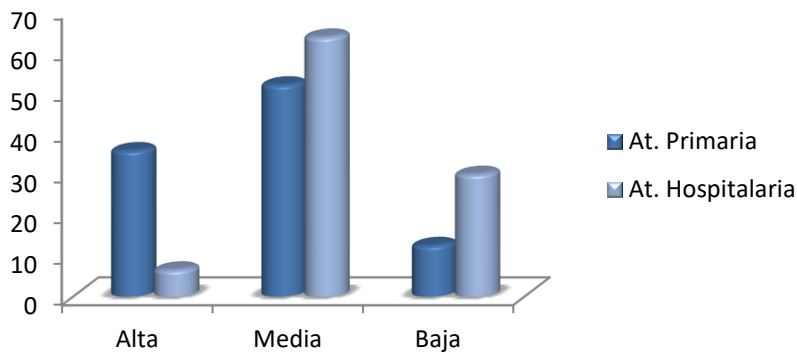


Figura 4.7. Distribución de la calidad según el baremo propio y el servicio asistencial (atención primaria vs hospitalaria) (%)

Al igual que sucedió con el baremo de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, en la comparación de la calidad de los documentos según nuestro baremo, en función de su pertenencia a la atención urgente o programada, no encontramos diferencias estadísticamente significativas, como se puede ver en la *Tabla 4.46*.

Tabla 4.46. Calidad según el baremo propio y el servicio asistencial (at. urgente vs programada) (*p*-valor=0.1737)

	At. Urgente (N=382)		At. Programada (N=92)	
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%
Alta (> 70)	113	29,58	25	27,17
Media (50-70)	201	52,62	57	61,96
Baja (<50)	68	17,82	10	10,87

PARTE II. OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

4.3 ALUMNADO UNIVERSITARIO

4.3.1 Características de las personas encuestadas

El número de estudiantes que respondieron a la encuesta fue de 491 (tasa de participación de 98,8%), con un predominio de mujeres (71%). La edad media fue de 22,7 años, con un rango entre 18 y 57 años y una distribución similar por titulaciones, como se refleja en la Tabla 4.47.

Tabla 4.47. Características del alumnado (N=491)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Sexo			
Mujer	348	70,88	70,88
Hombre	143	29,12	29,12
Total válido	491	100	100
Desconocido	0	0	-
Edad			
Media; Mediana (mín-máx; DE)	22,72; 22 (18-57; 4,63)		
Total válido	480	97,76	100
Desconocido	11	2,24	-
Titulación			
Criminología	106	21,59	21,59
Derecho	123	25,05	25,05
Enfermería	127	25,87	25,87
Medicina	135	27,49	27,49
Total válido	491	100	100
Desconocido	0	0	-

Como se puede ver en la **Tabla 4.48**, la edad media de los hombres (23,2) fue superior a la de las mujeres (22,5), aunque sin significación estadística.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las titulaciones en función del sexo ($p\text{-valor}<0,05$), mostrando que casi el 30% de las mujeres estudiaban enfermería, seguida de cerca por la titulación de medicina (27%). En el caso de los hombres, la mayor parte (29%) cursaba medicina, seguida de derecho (27%) (**Tabla 4.48**).

Tabla 4.48. Características del alumnado en función del sexo

	Femenino (N=348)		Masculino (N=143)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Edad					
Media; Me (min-máx; DE)	22,53; 22 (18-54; 4,06)		23,18; 22 (18-57; 5,78)		0,8818
Titulación					
Criminología	68	19,54	38	26,58	0,0401
Derecho	84	24,14	39	27,27	
Enfermería	102	29,31	25	17,48	
Medicina	94	27,01	41	28,67	

También se encontró significación estadística con respecto a la edad del alumnado en función de la titulación ($p\text{-valor}<0,001$). La media de edad fue superior en las titulaciones de criminología y medicina (alrededor de 24 años) (**Tabla 4.49**).

Tabla 4.49. Edad del alumnado en función de la titulación

	Criminología (N=106)	Derecho (N=123)	Enfermería (N=127)	Medicina (N=135)	p-valor
Edad					
Media; Me (min-máx; DE)	24,41; 22 (19-50; 6)	20,35; 20 (18-35; 2,44)	22,29; 21 (20-43; 3,95)	24,04; 23 (22-57; 4,58)	<0,001

Alrededor del 54% del alumnado había recibido formación sobre VG, la mayoría con carácter obligatorio, como se puede ver en la Tabla 4.50.

Tabla 4.50. Formación sobre VG (N=491)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
1. ¿Has cursado asignaturas sobre VG?			
Sí	263	53,56	54,23
No	222	45,21	45,77
Total válido	485	98,78	100
Desconocido	6	1,22	-
2. ¿Eran obligatorias? (N=263)			
Sí	242	92,01	92,72
No	19	7,22	7,28
Total válido	261	99,24	100
Desconocido	2	0,41	-

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo referente a la formación del alumnado con respecto al sexo (Tabla 4.51).

Tabla 4.51. Formación sobre VG según el sexo

		Femenino (N=348)		Masculino (143)		p-valor
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
1. ¿Has cursado asignaturas sobre VG?*						
Sí		179	52,19	84	59,15	0,161
No		164	47,81	58	40,85	
2. ¿Eran obligatorias?		(n=178)		(n=83)		
Sí		168	94,38	74	89,16	0,1302
No		10	5,62	9	10,84	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la formación en VG, en cuanto a las titulaciones. La mayor parte de los estudiantes de ciencias de la salud (enfermería y medicina) manifestaron no haber cursado materias relacionadas con la VG, sobre todo en enfermería (68%), mientras que sí las habían tenido la mayor parte de los estudiantes de criminología y derecho, mayoritariamente en criminología (80%) ($p\text{-valor}<0,001$). Con respecto a la obligatoriedad de las asignaturas cursadas, la mayoría respondió afirmativamente, sobre todo en enfermería (100%) y criminología (98%) ($p\text{-valor}<0,05$) (Tabla 4.52).

Tabla 4.52. Formación sobre VG según la titulación

Criminología (N=106)		Derecho (N=123)		Enfermería (N=127)		Medicina (N=135)		p-valor		
Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%			
1. ¿Has cursado asignaturas sobre VG?*										
Sí	85	80,19	76	62,3	40	32,26	62	46,62	<0,001	
No	21	19,81	46	37,7	84	67,74	71	53,38		
2. ¿Eran obligatorias?		(n=84)		(n=75)		(n=39)		(n=63)		0,0038
Sí	82	97,62	68	90,67	39	100	53	84,13		
No	2	2,38	7	9,33	0	0	10	15,87		

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

4.3.2 Percepción de la violencia de género, los agresores y las víctimas

En respuesta a la cuestión sobre la importancia otorgada a la violencia ejercida sobre distintas víctimas, la que más preocupaba a los/las estudiantes es la que se produce contra menores y la que menos la que ocurre entre adolescentes. Alrededor del 96% consideraba que la VG era un problema importante en nuestro país, siendo la forma de maltrato más frecuente la combinación de agresiones físicas y psicológicas. La mayoría creía que el personal sanitario debería tener una formación obligatoria en VG (Tabla 4.53).



Tabla 4.53. Importancia de la VG (N=491)

		Fr. Absoluta	%	% Válido
3. Preocupación por los distintos tipos de violencia				
Contra la mujer	<i>Preocupación baja (1,2)</i>	153	31,16	32,01
	<i>Preocupación media (3)</i>	80	16,29	16,74
	<i>Preocupación alta (4,5)</i>	245	49,9	51,25
Contra menores	<i>Preocupación baja (1,2)</i>	80	16,29	16,74
	<i>Preocupación media (3)</i>	42	8,55	8,79
	<i>Preocupación alta (4,5)</i>	356	72,5	74,48
Contra ancianos	<i>Preocupación baja (1,2)</i>	166	33,81	34,73
	<i>Preocupación media (3)</i>	173	35,23	36,19
	<i>Preocupación alta (4,5)</i>	139	28,31	29,08
Contra discapacitados	<i>Preocupación baja (1,2)</i>	131	26,68	27,41
	<i>Preocupación media (3)</i>	114	23,22	23,85
	<i>Preocupación alta (4,5)</i>	233	47,45	48,74
Entre adolescentes	<i>Preocupación baja (1,2)</i>	341	69,45	71,34
	<i>Preocupación media (3)</i>	34	6,92	7,11
	<i>Preocupación alta (4,5)</i>	104	21,18	21,76
Total válido		478	97,35	100
Desconocido		13	2,65	-
4. ¿Consideras la VG un problema importante en nuestro país?				
Sí		470	95,72	96,11
No		19	3,87	3,88
Total válido		489	99,59	100
Desconocido		2	0,41	-
5. ¿Qué tipo de maltrato crees que es más frecuente en el ámbito de la VG?				
Físico		14	2,85	2,88
Psicológico		195	39,71	40,12
Físico y psicológico		272	55,4	55,97
Sexual		5	1,02	1,03
Otros		0	0	0
Total válido		486	98,98	100
Desconocido		5	1,02	-
6. ¿Los profesionales sanitarios deben tener formación obligatoria en VG?				
Sí		452	92,06	94,36
No		27	5,5	5,64
Total válido		479	97,56	100
Desconocido		12	2,44	-

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones dadas a las distintas formas de violencia según el sexo del alumnado, como se puede ver en la **Tabla 4.54**.

Tabla 4.54. Importancia de las formas de violencia según el sexo

		Femenino (N=348)		Masculino (N=143)		
		Media	DE	Media	DE	p-valor
3. Preocupación por los distintos tipos de violencia						
Contra la mujer		3,33	1,25	3,38	1,25	0,7252
Contra menores		4,01	1,38	4,17	1,26	0,3367
Contra ancianos		3,03	1,15	2,87	1,11	0,1633
Contra discapacitados		3,35	1,22	3,37	1,2	0,8894
Entre adolescentes		2,09	1,54	1,99	1,47	0,564

Las puntuaciones obtenidas por la violencia contra discapacitados y entre adolescentes, sí fueron significativamente diferentes según la titulación ($p\text{-valor}<0,05$). Considerando las medias de las puntuaciones dadas a las distintas opciones, el alumnado de criminología (media=3,5) le dio más importancia a la violencia contra discapacitados, mientras que para el de derecho fue el menos importante (media=3,1). La violencia entre adolescentes fue más valorada por la titulación de criminología (media=2,4) y menos por la de medicina (media=1,8) (**Tabla 4.55**).

Tabla 4.55. Importancia de las formas de violencia según la titulación

	Criminología (N=103)		Derecho (N=123)		Enfermería (N=127)		Medicina (N=135)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
3. Preocupación por los distintos tipos de violencia									
Contra la mujer	3,48	1,27	3,41	1,21	3,3	1,25	3,22	1,27	0,3811
Contra menores	4	1,43	4,02	1,33	4,01	1,39	4,19	1,26	0,7051
Contra ancianos	3,14	1,24	2,92	1,1	2,98	1,18	2,92	1,06	0,6997
Discapacitados	3,51	1,3	3,1	1,22	3,43	1,22	3,4	1,09	0,0432
Adolescentes	2,43	1,69	1,93	1,41	2,15	1,59	1,81	1,34	0,0193

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación con la formación recibida, en la importancia dada a la violencia entre adolescentes ($p\text{-valor}<0,05$). Aquellos estudiantes que habían cursado materias sobre VG le dieron más importancia a esta violencia (media= 2,2) (Tabla 4.56).

Tabla 4.56. Importancia de las formas de violencia según la formación

		Sí formación (N=263)		No formación (N=222)		p-valor
		Media	DE	Media	DE	
3. Preocupación por los distintos tipos de violencia						
Contra la mujer		3,4	1,24	3,28	1,27	0,3115
Contra menores		4,08	1,36	4,02	1,33	0,385
Contra ancianos		3	1,17	2,95	1,09	0,6545
Contra discapacitados		3,35	1,25	3,36	1,16	0,9456
Entre adolescentes		2,17	1,55	1,91	1,45	0,0495

En relación con las cuestiones que valoraban la importancia otorgada a la VG, encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ($p\text{-valor}<0,001$). Aunque la mayoría de encuestados, de ambos sexos, creía que la VG era un problema importante en nuestro país y consideraba adecuada la formación obligatoria de los profesionales sanitarios en este tema, la mayor parte del alumnado que no estaba de acuerdo con estas cuestiones era masculino. Ambos grupos situaron la combinación de maltrato físico y psicológico en primer lugar, sobre todo las mujeres (60% frente a 45%). En el caso de los hombres, el maltrato psicológico fue seguido de cerca, elegido por el 44%. Ninguna mujer señaló el maltrato sexual como el tipo más frecuente (Tabla 4.57).

Tabla 4.57. Importancia de la VG según el sexo

		Femenino (N=348)		Masculino (N=143)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
4. ¿Consideras la VG un problema importante en nuestro país?*						
Sí	343	98,85	127	89,44	<0,001	
No	4	1,15	15	10,56		
5. ¿Qué tipo de maltrato crees que es más frecuente en el ámbito de la VG?*						
Físico	4	1,16	10	7,09	<0,001	
Psicológico	133	38,55	62	43,97		
Físico y psicológico	208	60,29	64	45,39		
Sexual	0	0	5	3,55		
6. ¿Los profesionales sanitarios deben tener formación obligatoria en VG?*						
Sí	328	97,04	124	87,94	<0,001	
No	10	2,96	17	12,06		

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

También encontramos diferencias con significación estadística en estas cuestiones en relación con la titulación ($p\text{-valor}<0.001$). En todas ellas más del 90% de los participantes consideraba la VG un problema frecuente en el país, los que se mostraron en desacuerdo estudiaban mayoritariamente derecho. Asimismo, en todas las titulaciones el alumnado situaba la combinación de maltrato físico y psicológico como la más frecuente, excepto en medicina donde la mayoría de los estudiantes señaló el abuso psicológico (Tabla 4.58).

Con respecto a las diferencias según la formación recibida, encontramos significación estadística en la cuestión acerca de los tipos de maltrato más frecuentes ($p\text{-valor}<0,05$). La combinación de maltrato físico y psicológico fue señalada por más de la mitad del alumnado en ambos grupos, siendo ligeramente superior entre los que no tenían formación. En segundo lugar, le dieron importancia al maltrato psicológico, siendo más puntuado en este caso por alumnado con formación (Tabla 4.59).

Tabla 4.58. Importancia de la VG según la titulación

Criminología (N=106)		Derecho (N=123)		Enfermería (N=127)		Medicina (N=135)		p-valor	
Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%		
4. ¿Consideras la VG un problema importante en nuestro país?*									
Sí	100	95,24	111	90,24	125	99,21	134	99,26	<0,001
No	5	4,76	12	9,76	1	0,79	1	0,74	
5. ¿Qué tipo de maltrato crees que es más frecuente en el ámbito de la VG?*									
Físico	5	4,81	3	2,5	2	1,57	4	2,96	<0,001
Psicológico	35	33,65	44	36,67	35	27,56	81	60	
Fís. y Psic.	64	61,54	71	59,17	88	69,29	49	36,3	
Sexual	0	0	2	1,67	2	1,57	1	0,74	
6. ¿Los profesionales sanitarios deben tener formación obligatoria en VG?*									
Sí	97	91,51	108	91,53	118	96,72	129	96,99	0,0931
No	9	8,49	10	8,47	4	3,28	4	3,01	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.59. Importancia de la VG según la formación

		Sí formación (N=263)		No formación (N=222)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
4. ¿Consideras la VG un problema importante en nuestro país?*						
Sí		252	96,18	212	95,93	0,8855
No		10	3,82	9	4,07	
5. ¿Qué tipo de maltrato crees que es más frecuente en el ámbito de la VG?*						
Físico		4	1,55	10	4,5	0,0384
Psicológico		117	45,35	77	34,69	
Físico y psicológico		135	52,33	132	59,46	
Sexual		2	0,77	3	1,35	
6. ¿Los profesionales sanitarios deben tener formación obligatoria en VG?*						
Sí		250	95,42	197	92,92	0,2438
No		12	4,58	15	7,08	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

La **Tabla 4.60** recoge las opiniones y creencias del alumnado sobre la VG, los agresores y las mujeres maltratadas. La mayoría se mostró en desacuerdo con el hecho de que la VG fuese aceptable en algunas circunstancias, como en el caso de que la víctima y el agresor se conociesen, con que el maltrato pudiese ser algo puntual, o considerar la agresión menos grave si había sido provocada por la víctima. Más del 60% del alumnado se mostró en desacuerdo con que la mayoría de los maltratadores tuviesen un historial delictivo o fuesen agresivos en otros aspectos de sus vidas.

La mayor parte de los encuestados consideraba que cualquier mujer podía ser víctima de maltrato, y que era frecuente que ésta se sintiese culpable. Más del 37% estaba de acuerdo en que era habitual que las víctimas tuviesen un carácter pasivo y más del 57% no creía que la mayoría de las mujeres tuviesen en general un nivel educativo, económico o social bajo.

El alumnado estaba más dividido en cuestiones como el arrepentimiento de los agresores, el consumo de alcohol u otras drogas por parte de los mismos o el perfil del maltratador. En nuestro trabajo, más del 42% estaba de acuerdo con que los agresores tuviesen un problema psicológico.

Tabla 4.60. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas (N=491)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
7. La VG sí es aceptable en algunas circunstancias			
En desacuerdo	474	96,54	97,13
Neutro	6	1,22	1,23
De acuerdo	8	1,63	1,64
Total válido	488	99,39	100
Desconocido	3	0,61	-
8. Es más aceptable la violencia entre personas conocidas que entre extrañas			
En desacuerdo	401	81,67	82
Neutro	55	11,2	11,25
De acuerdo	33	6,72	6,75
Total válido	489	99,59	100
Desconocido	2	0,41	-
9. El hecho de maltratar a la pareja puede ser algo puntual			
En desacuerdo	391	79,63	79,8
Neutro	72	14,66	14,69
De acuerdo	27	5,5	5,51
Total válido	490	99,8	100
Desconocido	1	0,2	-
10. La mayor parte de los agresores después de la violencia se arrepienten			
En desacuerdo	232	47,25	47,44
Neutro	143	29,12	29,24
De acuerdo	114	23,22	23,31
Total válido	489	99,59	100
Desconocido	2	0,41	-
11. Los agresores suelen tener problemas con el alcohol u otras drogas			
En desacuerdo	141	28,72	28,83
Neutro	194	39,51	39,67
De acuerdo	154	31,36	31,49
Total válido	489	99,59	100
Desconocido	2	0,41	-
12. La mayoría de los agresores tienen un problema psicológico			
En desacuerdo	160	32,59	32,65
Neutro	123	25,05	25,1
De acuerdo	207	42,16	42,24
Total válido	490	99,8	100
Desconocido	1	0,2	-

Tabla 4.60. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas (continuación 1)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
13. La mayoría de los agresores tienen historial delictivo			
En desacuerdo	298	60,69	61,19
Neutro	147	29,94	30,18
De acuerdo	42	8,55	8,62
Total válido	487	99,18	100
Desconocido	4	0,81	-
14. Cualquier hombre puede ser un maltratador			
En desacuerdo	103	20,98	21,15
Neutro	100	20,37	20,53
De acuerdo	284	57,84	58,32
Total válido	487	99,18	100
Desconocido	4	0,81	-
15. Los maltratadores se pueden reconocer fácilmente por su agresividad			
En desacuerdo	316	64,36	64,89
Neutro	102	20,77	20,94
De acuerdo	69	14,05	14,17
Total válido	487	99,18	100
Desconocido	4	0,81	-
16. La agresión es menos grave si ha sido provocada por la víctima			
En desacuerdo	376	76,58	77,05
Neutro	68	13,85	13,93
De acuerdo	44	8,96	9,02
Total válido	488	99,39	100
Desconocido	3	0,61	-
17. Cualquier mujer puede ser víctima de maltrato			
En desacuerdo	37	7,54	7,58
Neutro	40	8,15	8,2
De acuerdo	411	83,71	84,22
Total válido	488	99,39	100
Desconocido	3	0,61	-
18. Las mujeres maltratadas suelen tener un carácter pasivo			
En desacuerdo	162	32,99	33,26
Neutro	143	29,12	29,36
De acuerdo	182	37,07	37,37
Total válido	487	99,18	100
Desconocido	4	0,81	-

Tabla 4.60. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas (continuación 2)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
19. La mayoría de las mujeres son de nivel educativo/económico/social bajo			
En desacuerdo	281	57,23	57,46
Neutro	130	26,48	26,58
De acuerdo	78	15,89	15,95
Total válido	489	99,59	100
Desconocido	2	0,41	-
20. Es frecuente que las mujeres maltratadas se sientan culpables			
En desacuerdo	41	8,35	8,38
Neutro	97	19,76	19,84
De acuerdo	351	71,49	71,78
Total válido	489	99,59	100
Desconocido	2	0,41	-

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a diferentes enunciados en función del sexo de los encuestados. La mayor parte de participantes de ambos sexos se mostraron en desacuerdo con que el maltrato pudiese ser algo puntual ($p\text{-valor}<0.001$) o con que la agresión fuese considerada menos grave si había sido provocada por la víctima ($p\text{-valor}<0,05$), pero sobre todo entre las mujeres (más del 80%). En ambos casos, más del 20% de los hombres eran neutrales. Con respecto a si cualquier hombre podía ser un maltratador ($p\text{-valor}<0.05$), más de la mitad del alumnado en ambos sexos estaba de acuerdo, a pesar de que el 30% de los hombres no lo estaba. Más del 77% de las mujeres creía que era frecuente que las mujeres maltratadas se sintiesen culpables ($p\text{-valor}<0.001$), mientras que en los hombres el porcentaje se redujo al 58% (Tabla 4.61).

Tabla 4.61. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según el sexo

	Femenino (N=348)		Masculino (N=143)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
7. La VG si es aceptable en algunas circunstancias*					
En desacuerdo	340	97,7	134	95,71	0,0848
Neutro	5	1,44	1	0,71	
De acuerdo	3	0,86	5	3,57	
8. Es más aceptable la violencia entre personas conocidas que entre extrañas*					
En desacuerdo	291	83,86	110	77,47	0,2473
Neutro	35	10,09	20	14,08	
De acuerdo	21	6,05	12	8,45	
9. El hecho de maltratar a la pareja puede ser algo puntual*					
En desacuerdo	297	85,34	94	66,2	<0,001
Neutro	36	10,35	36	25,35	
De acuerdo	15	4,31	12	8,45	
10. La mayor parte de los agresores después de la violencia se arrepienten*					
En desacuerdo	169	48,56	63	44,68	0,7338
Neutro	100	28,74	43	30,5	
De acuerdo	79	22,7	35	24,82	
11. Los agresores suelen tener problemas con el alcohol u otras drogas*					
En desacuerdo	102	29,4	39	27,46	0,2847
Neutro	143	41,21	51	35,92	
De acuerdo	102	29,39	52	36,62	
12. La mayoría de los agresores tienen un problema psicológico*					
En desacuerdo	109	31,32	51	35,92	0,549
Neutro	91	26,15	32	22,53	
De acuerdo	148	42,53	59	41,55	
13. La mayoría de los agresores tienen historial delictivo*					
En desacuerdo	204	59,13	94	66,2	0,0864
Neutro	114	33,04	33	23,24	
De acuerdo	27	7,83	15	10,56	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.61. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según el sexo
(continuación)

	Femenino (N=348)		Masculino (N=143)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
14. Cualquier hombre puede ser un maltratador*					
En desacuerdo	61	17,63	42	29,79	0,0106
Neutro	76	21,97	24	17,02	
De acuerdo	209	60,4	75	53,19	
15. Los maltratadores se pueden reconocer fácilmente por su agresividad*					
En desacuerdo	220	63,22	96	69,06	0,131
Neutro	81	23,28	21	15,11	
De acuerdo	47	13,5	22	15,83	
16. La agresión es menos grave si ha sido provocada por la víctima*					
En desacuerdo	282	81,03	94	67,14	0,0039
Neutro	39	11,21	29	20,72	
De acuerdo	27	7,76	17	12,14	
17. Cualquier mujer puede ser víctima de maltrato*					
En desacuerdo	25	7,2	12	8,51	0,1125
Neutro	23	6,63	17	12,06	
De acuerdo	299	86,17	112	79,43	
18. Las mujeres maltratadas suelen tener un carácter pasivo*					
En desacuerdo	119	34,4	43	30,5	0,6377
Neutro	98	28,32	45	31,91	
De acuerdo	129	37,28	53	37,59	
19. La mayoría de las mujeres son de nivel educativo/económico/social bajo*					
En desacuerdo	206	59,36	75	52,82	0,3468
Neutro	90	25,94	40	28,17	
De acuerdo	51	14,7	27	19,01	
20. Es frecuente que las mujeres maltratadas se sientan culpables*					
En desacuerdo	22	6,32	19	13,47	<0,001
Neutro	57	16,38	40	28,37	
De acuerdo	269	77,30	82	58,16	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

También encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones del alumnado en función de la titulación. En todas las titulaciones la mayoría de participantes no consideraba que el maltrato pudiese ser algo puntual ($p\text{-valor}<0,001$), pero sobre todo los de enfermería (93%). Casi el 10% del alumnado de derecho estaba de acuerdo con este enunciado. Con respecto al arrepentimiento de los agresores tras el maltrato ($p\text{-valor}=0,001$), la mayor parte estaba en contra, excepto en criminología, donde el 35% estaba de acuerdo. Acerca de la creencia sobre si la mayoría de los maltratadores tienen un problema psicológico ($p\text{-valor}<0,05$), sucedió lo contrario, la mayor parte del alumnado estaba de acuerdo con esta cuestión, a excepción de los estudiantes de criminología, donde la mayor parte no estaban de acuerdo. Más de la mitad del alumnado de las cuatro titulaciones creía que cualquier hombre podía ser un maltratador ($p\text{-valor}<0,05$), sobre todo en enfermería (66%) y medicina (63%). La mayor parte no consideraba que los maltratadores fuesen agresivos en otros aspectos de sus vidas ($p\text{-valor}<0,05$), pero sí que cualquier mujer podía ser víctima de maltrato ($p\text{-valor}<0,05$), sobre todo en medicina (77% y 99%, respectivamente). La mayoría del alumnado también pensaba que era frecuente que las víctimas se sintiesen culpables, aunque en esta ocasión el porcentaje fue menor entre el alumnado de derecho (60%) ($p\text{-valor}<0,05$) (Tabla 4.62).

Como se puede ver en la Tabla 4.63, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las opiniones y creencias sobre VG, agresores y víctimas, en relación con la formación recibida.

Tabla 4.62. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según la titulación

	Criminología (N=106)		Derecho (N=123)		Enfermería (N=127)		Medicina (N=135)		
	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	p-valor
7. La VG sí es aceptable en algunas circunstancias*									
En desacuerdo	100	95,24	119	97,54	124	98,41	131	97,04	0,7159
Neutro	2	1,9	2	1,64	0	0	2	1,48	
De acuerdo	3	2,86	1	0,82	2	1,59	2	1,48	
8. Es más aceptable la violencia entre personas conocidas que entre extrañas*									
En desacuerdo	89	83,96	96	78,05	104	83,2	112	82,96	0,907
Neutro	11	10,38	16	13,01	14	11,2	14	10,37	
De acuerdo	6	5,66	11	8,94	7	5,6	9	6,67	
9. El hecho de maltratar a la pareja puede ser algo puntual*									
En desacuerdo	83	78,3	90	73,17	117	92,86	101	74,82	<0,001
Neutro	17	16,04	21	17,07	6	4,76	28	20,74	
De acuerdo	6	5,66	12	9,76	3	2,38	6	4,44	
10. La mayor parte de los agresores después de la violencia se arrepienten*									
En desacuerdo	36	33,96	67	54,92	73	57,94	56	41,48	0,001
Neutro	33	31,13	36	29,51	30	23,81	44	32,59	
De acuerdo	37	34,91	19	15,57	23	18,25	35	25,93	
11. Los agresores suelen tener problemas con el alcohol u otras drogas*									
En desacuerdo	32	30,19	41	33,33	32	25,4	36	26,86	0,5753
Neutro	40	37,74	52	42,28	50	39,68	52	38,81	
De acuerdo	34	32,07	30	24,39	44	34,92	46	34,33	
12. La mayoría de los agresores tienen un problema psicológico*									
En desacuerdo	45	42,45	45	36,59	34	26,98	36	26,67	0,0062
Neutro	31	29,25	30	24,39	25	19,84	37	27,41	
De acuerdo	30	28,3	48	39,02	67	53,18	62	45,92	
13. La mayoría de los agresores tienen historial delictivo*									
En desacuerdo	72	67,92	75	61,98	68	53,97	83	61,94	0,3947
Neutro	25	23,59	35	28,93	48	38,09	39	29,1	
De acuerdo	9	8,49	11	9,09	10	7,94	12	8,96	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.62. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según la titulación (continuación)

	Criminología (N=106)		Derecho (N=123)		Enfermería (N=127)		Medicina (N=135)		p-valor
	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	
14. Cualquier hombre puede ser un maltratador*									
En desacuerdo	29	27,36	31	25,41	15	12	28	20,9	0,0255
Neutro	23	21,7	29	23,77	27	21,6	21	15,67	
De acuerdo	54	50,94	62	50,82	83	66,4	85	63,43	
15. Los maltratadores se pueden reconocer fácilmente por su agresividad*									
En desacuerdo	64	61,54	76	61,79	73	57,98	103	76,86	0,0019
Neutro	18	17,31	35	28,45	32	25,4	17	12,69	
De acuerdo	22	21,15	12	9,76	21	16,67	14	10,45	
16. La agresión es menos grave si ha sido provocada por la víctima*									
En desacuerdo	81	76,42	86	70,49	96	76,19	113	84,33	0,2056
Neutro	15	14,15	24	19,67	16	12,7	13	9,7	
De acuerdo	10	9,43	12	9,84	14	11,11	8	5,97	
17. Cualquier mujer puede ser víctima de maltrato*									
En desacuerdo	13	12,27	14	11,57	6	4,76	4	2,96	0,0065
Neutro	7	6,6	16	13,22	8	6,35	9	6,67	
De acuerdo	86	81,13	91	75,21	112	88,89	122	90,37	
18. Las mujeres maltratadas suelen tener un carácter pasivo*									
En desacuerdo	36	33,96	39	31,97	40	32	47	35,08	0,8662
Neutro	28	26,42	42	34,42	36	28,8	37	27,61	
De acuerdo	42	39,62	41	33,61	49	39,2	50	37,31	
19. La mayoría de las mujeres son de nivel educativo/económico/social bajo*									
En desacuerdo	64	60,38	74	60,16	68	54,4	75	55,56	0,0528
Neutro	21	19,81	39	31,71	38	30,4	32	23,7	
De acuerdo	21	19,81	10	8,13	19	15,2	28	20,74	
20. Es frecuente que las mujeres maltratadas se sientan culpables*									
En desacuerdo	5	4,72	17	13,93	12	9,53	7	5,18	0,0135
Neutro	23	21,7	32	26,23	20	15,87	22	16,3	
De acuerdo	78	73,58	73	59,84	94	74,6	106	78,52	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.63. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según la formación

		Sí formación N=263)		No formación (N=222)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
7. La VG sí es aceptable en algunas circunstancias*						
En desacuerdo	254	96,95	214	97,27	0,807	
Neutro	4	1,53	2	0,91		
De acuerdo	4	1,53	4	1,82		
8. Es más aceptable la violencia entre personas conocidas que entre extrañas*						
En desacuerdo	211	80,23	184	83,64	0,1893	
Neutro	29	11,03	26	11,82		
De acuerdo	23	8,74	10	4,54		
9. El hecho de maltratar a la pareja puede ser algo puntual*						
En desacuerdo	201	76,43	185	83,71	0,1361	
Neutro	46	17,49	26	11,76		
De acuerdo	16	6,08	10	4,53		
10. La mayor parte de los agresores después de la violencia se arrepienten*						
En desacuerdo	117	44,49	112	50,91	0,2193	
Neutro	77	29,28	64	29,09		
De acuerdo	69	26,23	44	20		
11. Los agresores suelen tener problemas con el alcohol u otras drogas*						
En desacuerdo	73	27,86	66	29,86	0,7247	
Neutro	102	38,93	89	40,27		
De acuerdo	87	33,21	66	29,86		
12. La mayoría de los agresores tienen un problema psicológico*						
En desacuerdo	90	34,22	69	31,22	0,3892	
Neutro	69	26,24	51	23,08		
De acuerdo	104	39,54	101	45,7		
13. La mayoría de los agresores tienen historial delictivo*						
En desacuerdo	163	62,45	134	60,91	0,7665	
Neutro	79	30,27	66	30		
De acuerdo	19	7,28	20	9,09		

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.63. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según la formación (continuación)

	Sí formación (N=263)		No formación (N=222)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
14. Cualquier hombre puede ser un maltratador*					
En desacuerdo	66	25,29	37	16,82	0,0698
Neutro	49	18,77	50	22,73	
De acuerdo	146	55,94	133	60,45	
15. Los maltratadores se pueden reconocer fácilmente por su agresividad*					
En desacuerdo	172	65,9	140	63,64	0,5281
Neutro	50	19,16	51	23,18	
De acuerdo	39	14,94	29	13,18	
16. La agresión es menos grave si ha sido provocada por la víctima*					
En desacuerdo	203	77,78	169	76,47	0,5448
Neutro	38	14,56	29	13,12	
De acuerdo	20	7,66	23	10,41	
17. Cualquier mujer puede ser víctima de maltrato*					
En desacuerdo	23	8,74	14	6,39	0,5602
Neutro	23	8,74	17	7,76	
De acuerdo	217	82,51	188	85,85	
18. Las mujeres maltratadas suelen tener un carácter pasivo*					
En desacuerdo	86	33,08	76	34,39	0,8773
Neutro	74	28,46	65	29,41	
De acuerdo	100	38,46	80	36,2	
19. La mayoría de las mujeres son de nivel educativo/económico/social bajo*					
En desacuerdo	156	59,32	123	55,91	0,2464
Neutro	62	23,57	66	30	
De acuerdo	45	17,11	31	14,09	
20. Es frecuente que las mujeres maltratadas se sientan culpables*					
En desacuerdo	21	8,01	20	9,05	0,9102
Neutro	53	20,23	43	19,46	
De acuerdo	188	71,76	158	71,49	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

4.3.3 Actitudes frente a la denuncia y los servicios de apoyo a las víctimas

La **Tabla 4.64** muestra que la mayoría del alumnado universitario consideró que el principal motivo por el que las mujeres no denuncian el maltrato es proteger a sus hijos/as y el menos frecuente la influencia de la sociedad. Más del 40% señaló la dependencia del agresor.

Alrededor del 40% del alumnado consideró a las víctimas como únicas perjudicadas ante un caso de VG, seguido de cerca por toda la familia. El 72% conocía los servicios de ayuda a las víctimas, sin embargo, el 67% respondió que no creía que las mujeres contasen con suficiente apoyo e información.

Tabla 4.64. Denuncias y servicios de apoyo e información (N=491)

		Fr. Absoluta	%	% Válido
21. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor				
Miedo a represalias	<i>Menos habitual (1,2)</i>	81	16,5	16,77
	<i>Habitual (3)</i>	101	20,57	20,91
	<i>Más habitual (4,5)</i>	301	61,3	62,32
Protección del agresor	<i>Menos habitual (1,2)</i>	301	61,3	62,32
	<i>Habitual (3)</i>	93	18,94	19,25
	<i>Más habitual (4,5)</i>	89	18,13	18,43
Dependencia del agresor	<i>Menos habitual (1,2)</i>	131	26,68	27,12
	<i>Habitual (3)</i>	153	31,16	31,68
	<i>Más habitual (4,5)</i>	199	40,53	41,21
Protección de hijos/as	<i>Menos habitual (1,2)</i>	80	16,29	16,56
	<i>Habitual (3)</i>	53	10,79	10,97
	<i>Más habitual (4,5)</i>	351	71,49	72,67
Influencia de sociedad	<i>Menos habitual (1,2)</i>	318	64,77	65,84
	<i>Habitual (3)</i>	85	17,31	17,6
	<i>Más habitual (4,5)</i>	80	16,29	16,56
Total válido		483	98,37	100
Desconocido		8	1,63	-

Tabla 4.64. Denuncias y servicios de apoyo e información (continuación)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
22. ¿Quiénes son los más perjudicados por la VG?			
Víctimas	196	39,92	42,98
Agresores	0	0	0
Hijos/as	73	14,87	16,01
Abuelos/as	0	0	0
Toda la familia	187	38,08	41,01
Total válido	456	92,87	100
Desconocido	35	7,13	-
23. ¿Conoces los servicios de ayuda para mujeres maltratadas?			
Sí	354	72,1	72,69
No	133	27,09	27,31
Total válido	487	99,18	100
Desconocido	4	0,81	-
24. ¿Las víctimas cuentan con suficiente apoyo e información?			
Sí	157	31,98	32,37
No	328	66,8	67,63
Total válido	485	98,78	100
Desconocido	6	1,22	-
25. ¿Consideras la VG un asunto privado?			
Sí	53	10,79	10,97
No	430	87,58	89,03
Total válido	483	98,37	100
Desconocido	8	1,63	-
26. ¿Piensas que el personal sanitario debe denunciar la VG?			
Sí	482	98,17	98,37
No	8	1,63	1,63
Total válido	490	99,8	100
Desconocido	1	0,2	-
27. ¿Denunciarías un caso de VG aunque la víctima te pidiera no hacerlo?			
Sí	400	81,47	83,33
No	80	16,29	16,67
Total válido	480	97,76	100
Desconocido	11	2,2	-

Cerca del 90% de encuestados se mostró en contra de que la VG fuera un asunto privado. La mayoría creía que el personal sanitario debería denunciar los casos de VG, incluso aunque la víctima le pidiese que no lo hiciera.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en el motivo protección de los hijos/as ($p\text{-valor}<0,05$), dándole más importancia las mujeres (media=4) que los hombres (media=3,8) (Tabla 4.65).

Tabla 4.65. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor según el sexo

	Femenino (N=348)		Masculino (N=143)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	
21. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor					
Miedo a represalias	3,69	1,12	3,81	1,26	0,1108
Protección del agresor	2,29	1,25	2,42	1,24	0,2149
Dependencia del agresor	3,27	1,16	3,13	1,21	0,2409
Protección de hijos/as	4,02	1,24	3,8	1,21	0,0209
Influencia de sociedad	2,12	1,26	2,22	1,32	0,5126

En cuanto a las diferentes titulaciones, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los motivos dependencia del agresor ($p\text{-valor}<0,05$) y protección de los hijos/as ($p\text{-valor}<0,05$). La primera fue más valorada por los estudiantes de medicina (media=3,4) y menos por los de enfermería (media=3), con medias similares en criminología y derecho (3,3 y 3,2 respectivamente); mientras que el motivo protección de los hijos/as contó con más apoyo en estudiantes de enfermería (media=4,2) y menos en derecho (media=3,7) (Tabla 4.66).

Tabla 4.66. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor según la titulación

	Criminología (N=106)		Derecho (N=123)		Enfermería (N=127)		Medicina (N=135)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
21. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor									
Represalias	3,6	1,27	3,7	1,17	3,93	1,08	3,64	1,15	0,1328
Prot. agresor	2,61	1,34	2,32	1,21	2,27	1,17	2,17	1,24	0,0676
Dependencia	3,32	1,18	3,2	1,25	3,02	1,08	3,39	1,18	0,048
Hijos/as	3,88	1,3	3,75	1,31	4,19	1,14	3,99	1,15	0,025
Sociedad	2,36	1,43	2,18	1,32	2,03	1,18	2,08	1,19	0,4382

Se encontró también significación estadística en función de la formación recibida en el motivo protección del agresor ($p\text{-valor}<0,05$), dándole más importancia a esta cuestión los que habían recibido formación (media=2,4) frente a los que no (media=2,2) (Tabla 4.67).

Tabla 4.67. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor según la formación

	Sí formación (N=263)		No formación (N=222)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	
21. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor					
Miedo a represalias	3,67	1,17	3,79	1,15	0,2283
Protección del agresor	2,45	1,28	2,16	1,17	0,013
Dependencia del agresor	3,23	1,21	3,25	1,14	0,9814
Protección de hijos/as	3,94	1,25	3,96	1,21	0,9423
Influencia de sociedad	2,17	1,3	2,14	1,25	0,9401

Con respecto a las cuestiones referidas a los servicios de apoyo e información a las mujeres maltratadas, encontramos significación estadística en función del sexo ($p\text{-valor}<0,05$). La mayor parte, tanto de mujeres como de hombres, se mostró en desacuerdo con que las víctimas contasen con suficiente apoyo e información, sobre todo las mujeres (70% frente a 61%) (Tabla 4.68).

Tabla 4.68. Denuncias y servicios de apoyo e información según el sexo

	Femenino (N=348)		Masculino (N=143)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
22. ¿Quiénes son los más perjudicados por la VG? *					
Víctimas	139	42,9	57	43,18	0,6477
Hijos/as	55	16,98	18	13,64	
Toda la familia	130	40,12	57	43,18	
23. ¿Conoces los servicios de ayuda para mujeres maltratadas? *					
Sí	259	74,64	95	67,86	0,1284
No	88	25,36	45	32,14	
24. ¿Las víctimas cuentan con suficiente apoyo e información? *					
Sí	102	29,65	55	39,01	0,0455
No	242	70,35	86	60,99	
25. ¿Consideras la VG un asunto privado? *					
Sí	36	10,47	17	12,23	0,5742
No	308	89,53	122	87,77	
26. ¿Piensas que el personal sanitario debe denunciar la VG? *					
Sí	344	98,85	138	97,18	0,1864
No	4	1,15	4	2,82	
27. ¿Denunciarías un caso de VG aunque la víctima te pidiera no hacerlo? *					
Sí	277	81,71	123	87,23	0,1392
No	62	18,29	18	12,77	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en estas cuestiones en función de la titulación. La mayor parte del alumnado creía que las víctimas eran las más perjudicadas ante un caso de VG, a excepción del alumnado de enfermería, donde más de la mitad señaló a toda la familia como perjudicada ($p\text{-valor}<0,05$). La mayoría conocía los servicios de ayuda para mujeres maltratadas, siendo el porcentaje menor entre el alumnado de medicina (64%) ($p\text{-valor}<0,05$), y no consideraba la VG un asunto privado, superando el 90% en criminología y medicina ($p\text{-valor}<0,05$) (Tabla 4.69).

Tabla 4.69. Denuncias y servicios de apoyo e información según la titulación

Criminología (N=106)		Derecho (N=123)		Enfermería (N=127)		Medicina (N=135)		p-valor	
Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%	Fr. Absol.	%		
22. ¿Quiénes son los más perjudicados por la VG? *									
Víctimas	46	46	48	46,6	40	32,52	62	47,69	0,0459
Hijos/as	22	22	13	12,62	21	17,07	17	13,08	
Familia	32	32	42	40,78	62	50,41	51	39,23	
23. ¿Conoces los servicios de ayuda para mujeres maltratadas? *									
Sí	85	80,19	93	75,61	91	72,22	85	64,39	0,0436
No	21	19,81	30	24,39	35	27,78	47	35,61	
24. ¿Las víctimas cuentan con suficiente apoyo e información? *									
Sí	46	43,4	37	30,33	34	27,64	40	29,85	0,0512
No	60	56,6	85	69,67	89	72,36	94	70,15	
25. ¿Consideras la VG un asunto privado?*									
Sí	8	7,69	14	11,57	23	18,4	8	6,02	0,0089
No	96	92,31	107	88,43	102	81,6	125	93,98	
26. ¿Piensas que el personal sanitario debe denunciar la VG?*									
Sí	103	97,17	121	98,37	124	98,41	134	99,26	0,6556
No	3	2,83	2	1,63	2	1,59	1	0,74	
27. ¿Denunciarías un caso de VG aunque la víctima te pidiera no hacerlo?*									
Sí	81	78,64	98	82,35	104	83,2	117	87,97	0,2867
No	22	21,36	21	17,65	21	16,8	16	12,03	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cuestiones referidas a las denuncias y servicios de apoyo e información, en función de la formación recibida por el alumnado (Tabla 4.70).

Tabla 4.70. Denuncias y servicios de apoyo e información según la formación

		Sí formación (N=263)		No formación (N=222)		
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
22. ¿Quiénes son los más perjudicados por la VG? *						
Víctimas	101	42,8	91	42,52	0,8958	
Hijos/as	36	15,25	36	16,82		
Toda la familia	99	41,95	87	40,66		
23. ¿Conoces los servicios de ayuda para mujeres maltratadas? *						
Sí	199	76,25	151	68,64	0,0618	
No	62	23,75	69	31,36		
24. ¿Las víctimas cuentan con suficiente apoyo e información? *						
Sí	85	32,69	70	31,82	0,8383	
No	175	67,31	150	68,18		
25. ¿Consideras la VG un asunto privado? *						
Sí	25	9,65	28	12,84	0,2692	
No	234	90,35	190	87,16		
26. ¿Piensas que el personal sanitario debe denunciar la VG? *						
Sí	257	98,09	219	98,65	0,632	
No	5	1,91	3	1,35		
27. ¿Denunciarías un caso de VG aunque la víctima te pidiera no hacerlo? *						
Sí	211	82,42	183	83,94	0,659	
No	45	17,58	35	16,06		

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

4.4 PROFESIONALES SANITARIOS

4.4.1 Características de las personas encuestadas

Se distribuyeron un total de 250 encuestas, siendo cubiertas 124 (tasa de participación 49,6%). La muestra (Tabla 4.71) estaba formada por profesionales con edades comprendidas entre los 24 y 62 años (edad media de 41,6), en su mayoría mujeres (76%).

Tabla 4.71. Características de los/las profesionales sanitarios/as (N=124)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
Sexo			
Mujer	94	75,81	75,81
Hombre	30	24,19	24,19
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
Edad			
Media; Mediana (mín-máx; DE)	41,6; 40 (24-62; 11,2)		
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
Profesión			
Enfermería	53	42,74	42,74
Residente Enfermería	3	2,42	2,42
Medicina	44	35,48	35,48
Residente Medicina	24	19,35	19,35
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
Servicio			
At. Primaria	31	25	25,62
At. Hospitalaria	74	59,68	61,16
At. Quirúrgica	16	12,9	13,22
Total válido	121	97,58	100
Desconocido	3	2,42	-

El 45% era personal de enfermería (3 residentes) y el 55% personal médico (24 residentes). El 60% de participantes realizaba una práctica médica/enfermera en el ámbito hospitalario.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características del personal sanitario encuestado en función del sexo (Tabla 4.72).

Tabla 4.72. Características de los/las profesionales según el sexo

	Femenino (N=94)		Masculino (N=30)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Edad					
Media; Me (min-máx; DE)	41,07; 38,5 (24-62; 11,12)		43,27; 42 (24-61; 11,46)		0,3369
Profesión					
Enfermería	45	47,87	11	36,67	0,2829
Medicina	49	52,13	19	63,33	
Servicio*					
At. Primaria	21	23,08	10	33,33	0,5038
At. Hospitalaria	57	62,64	17	56,67	
At. Quirúrgica	13	14,28	3	10	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

En el caso de la profesión de los encuestados (Tabla 4.73), sí encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al servicio en el que trabajaban ($p\text{-valor}<0,05$), siendo mayoritario en ambas profesiones un servicio del ámbito hospitalario, sobre todo en enfermería (68%). Las especialidades quirúrgicas predominaron en profesionales médicos.

Tabla 4.73. Características de los/las profesionales según la profesión

	Enfermería (N=56)		Medicina (N=68)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
Edad					
Media; Me (min-máx; DE)	43,25; 41 (24-62; 10,28)		40,25; 38 (24-62; 11,8)		0,1004
Servicio*					
At. Primaria	15	28,3	16	23,53	0,02548
At. Hospitalaria	36	67,93	38	55,88	
At. Quirúrgica	2	3,77	14	20,59	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Con respecto al servicio en el que trabajaban (Tabla 4.74), se encontró significación estadística en relación con la edad de los participantes ($p\text{-valor}<0,05$). La media de edad fue superior entre profesionales que trabajaban en atención primaria (45 años).

Tabla 4.74. Edad de los/las profesionales según el servicio

	At. Primaria (N=31)	At. Hospitalaria (N=74)	At. Quirúrgica (N=16)	p-valor
Edad				
Media; Me (min-máx; DE)	45,06; 43 (25-62; 11,88)	41,19; 40 (24-62; 10,94)	35,19; 35 (25-55; 8,58)	0,01977

Teniendo en cuenta la formación (o no) en VG (Tabla 4.75), encontramos significación estadística entre las profesiones ($p\text{-valor}<0,05$). Cerca del 87% de los profesionales que tenían formación eran médicos. Los que no tenían formación estaban más homogéneamente repartidos en ambas profesiones.

Tabla 4.75. Características de los/las profesionales según la formación

	Sí formación (N=15)		No formación (N=109)		
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	p-valor
Sexo					
Mujer	13	86,67	81	74,31	0,2948
Hombre	2	13,33	28	25,69	
Edad					
Media; Me (min-máx; DE)	37,33; 31 (25-62; 13,07)		42,19; 41 (24-62; 10,85)		0,08659
Profesión					
Enfermería	2	13,33	54	49,54	0,00824
Medicina	13	86,67	55	50,46	
Servicio*					
At. Primaria	7	46,67	24	22,64	0,1216
At. Hospitalaria	6	40	68	64,15	
At. Quirúrgica	2	13,33	14	13,21	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

4.4.2 Opiniones y experiencia profesional en violencia de género

En la **Tabla 4.76** se recogen las opiniones y experiencia profesional de los participantes. La mayoría consideraba la VG un problema de salud, frecuente en nuestro país, aunque no creía que fuese frecuente en su servicio, ni que su formación fuese adecuada para atender a las víctimas. De hecho, más del 60% desconocía la existencia del “*Protocolo Común de actuación sanitaria ante la VG⁴*” y más del 90% respondió que no tenía familiaridad con él. El 93% creía que el personal sanitario tenía la obligación de emitir un PL ante la sospecha de VG. Sin embargo, a pesar de que más de la mitad respondió que sí habían detectado algún caso de VG, solo el 27% había emitido un parte. Apenas el 12% del personal encuestado había recibido formación específica en VG, la mayor parte durante la carrera universitaria. En 1 caso la formación recibida fue durante la residencia y en cursos posteriores (**Tabla 4.76**).

Tabla 4.76. Opiniones y experiencia profesional en VG (N=124)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
1. La VG es un problema de salud			
Sí	111	89,52	89,52
No	13	10,48	10,48
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
2. La VG es un problema frecuente en nuestro país			
Sí	113	91,13	91,13
No	11	8,87	8,87
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
3. La VG es frecuente en su servicio			
Sí	14	11,29	11,86
No	104	83,87	88,14
Total válido	118	95,16	100
Desconocido	6	4,84	-
4. Detección de algún caso en la práctica profesional			
Sí	70	56,45	56,45
No	54	43,55	43,55
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
5. Los sanitarios tienen obligación de emitir un PL ante la sospecha de VG			
Sí	115	92,74	93,5
No	8	6,45	6,5
Total válido	123	99,19	100
Desconocido	1	0,81	-
6. Emisión propia alguna vez de un PL			
Sí	34	27,42	27,42
No	90	72,58	72,58
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-

Tabla 4.76. Opiniones y experiencia profesional en VG (continuación)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
7. Conocimiento del “Protocolo de Actuación Sanitaria ante la VG”?			
Sí	46	37,1	37,1
No	78	62,9	62,9
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
8. Familiaridad con el protocolo mencionado en la pregunta anterior			
Sí	9	7,26	7,26
No	115	92,74	92,74
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
9. Formación específica en VG			
Sí	15	12,1	12,1
No	109	87,9	87,9
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-
9.1 Momento de formación en VG			
Durante la carrera	7	46,67	5,64
Durante la residencia	3	20	2,42
En cursos posteriores	4	26,67	3,23
Durante la residencia y cursos posteriores	1	6,67	0,81
Total válido	15	100	12,1
Desconocido	0	0	-
10. Consideración de la propia formación adecuada para atender a víctimas			
Sí	15	12,1	12,1
No	109	87,9	87,9
Total válido	124	100	100
Desconocido	0	0	-

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones y experiencia profesional en función del sexo, como se puede ver en la [Tabla 4.77](#).

Tabla 4.77. Opiniones y experiencia profesional según el sexo

	Femenino (N=94)		Masculino (N=30)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
1. La VG es un problema de salud					
Sí	86	91,49	25	83,33	0,2042
No	8	8,51	5	16,67	
2. La VG es un problema frecuente en nuestro país					
Sí	87	92,55	26	86,67	0,3235
No	7	7,45	4	13,33	
3. La VG es frecuente en su servicio*					
Sí	9	10,11	5	17,24	0,3025
No	80	89,89	24	82,76	
4. Detección de algún caso en la práctica profesional					
Sí	50	53,19	20	66,67	0,195
No	44	46,81	10	33,33	
5. Los sanitarios tienen la obligación de emitir un PL ante la sospecha de VG*					
Sí	88	93,62	27	90	0,9219
No	6	6,38	2	6,67	
6. Emisión propia alguna vez de un PL					
Sí	24	25,53	10	33,33	0,4043
No	70	74,47	20	66,67	
7. Conocimiento del “Protocolo de Actuación Sanitaria ante la VG”					
Sí	38	40,43	8	26,67	0,1744
No	56	59,57	22	73,33	
8. Familiaridad con el protocolo mencionado en la pregunta anterior					
Sí	8	8,51	1	3,33	0,3413
No	86	91,49	29	96,67	
9. Formación específica en VG					
Sí	13	13,83	2	6,67	0,2948
No	81	86,17	28	93,33	
10. Consideración de la propia formación adecuada para atender a víctimas					
Sí	10	10,64	5	16,67	0,378
No	84	89,36	25	83,33	

*No se llegó al N total por falta de respuesta (% calculados en base a las respuestas)

Encontramos significación estadística, teniendo en cuenta la profesión, en algunas de estas cuestiones (Tabla 4.78). La mayoría de encuestados de ambas profesiones refirieron que nunca habían emitido un PL ($p\text{-valor}<0,001$), y que no tenían familiaridad con el *Protocolo sanitario ante VG* ($p\text{-valor}<0,05$), ni formación específica en VG ($p\text{-valor}<0,05$), pero sobre todo el personal de enfermería.

También encontramos diferencias estadísticamente significativas en estas cuestiones en función del servicio en el que trabajaban los profesionales (Tabla 4.79). El desconocimiento del protocolo se manifestó sobre todo en los servicios quirúrgicos (94%), mientras que el 64,5% de los que trabajaban en atención primaria sí lo conocían ($p\text{-valor}<0,001$). A pesar de esto, la mayoría refirió no estar familiarizado con este documento ($p\text{-valor}<0,05$), especialmente en especialidades hospitalarias y quirúrgicas.

Con respecto a la formación en VG, encontramos significación estadística en varias cuestiones (Tabla 4.80). Los profesionales que tenían formación detectaron más casos de VG (80% frente a 53%) ($p\text{-valor}<0,05$). La mayor parte de los no formados nunca habían emitido un PL (76%) ($p\text{-valor}<0,05$), ni conocían el protocolo sanitario (67%) ($p\text{-valor}<0,05$), mientras que sucedió lo contrario en ambos casos entre los profesionales con formación. Aunque la mayoría de profesionales, tanto formados como no, refirieron no tener familiaridad con dicho protocolo, lo hicieron sobre todo los no formados (96%) ($p\text{-valor}<0,001$).

Tabla 4.78. Opiniones y experiencia profesional según la profesión

		Enfermería (N=56)		Medicina (N=68)		p-valor
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
1. La VG es un problema de salud						
Sí		49	87,5	62	91,18	0,506
No		7	12,5	6	8,82	
2. La VG es un problema frecuente en nuestro país						
Sí		52	92,86	61	89,71	0,5391
No		4	7,14	7	10,29	
3. La VG es frecuente en su servicio*						
Sí		4	7,41	10	15,62	0,169
No		50	92,59	54	84,38	
4. Detección de algún caso en la práctica profesional						
Sí		27	48,21	43	63,24	0,09318
No		29	51,79	25	36,76	
5. Los sanitarios tienen la obligación de emitir un PL ante la sospecha de VG*						
Sí		53	94,64	62	92,54	0,6372
No		3	5,36	5	7,46	
6. Emisión propia alguna vez de un PL						
Sí		2	3,57	32	47,06	<0,001
No		54	96,43	36	52,94	
7. Conocimiento del “Protocolo de Actuación Sanitaria ante la VG”						
Sí		22	39,29	24	35,29	0,647
No		34	60,71	44	64,71	
8. Familiaridad con el protocolo mencionado en la pregunta anterior						
Sí		1	1,79	8	11,76	0,03305
No		55	98,21	60	88,24	
9. Formación específica en VG						
Sí		2	3,57	13	19,12	0,008243
No		54	96,43	55	80,88	
10. Consideración de la propia formación adecuada para atender a víctimas						
Sí		4	7,14	11	16,18	0,1247
No		52	92,86	57	83,82	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.79. Opiniones y experiencia profesional según el servicio

		At. Primaria (N=31)		At. Hospitalaria (N=74)		At. Quirúrgica (N=16)		p-valor
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
1. La VG es un problema de salud								
Sí	30	96,77	66	89,19	13	81,25	0,2212	
No	1	3,23	8	10,81	3	18,75		
2. La VG es un problema frecuente en nuestro país								
Sí	30	96,77	65	87,84	15	93,75	0,318	
No	1	3,23	9	12,16	1	6,25		
3. La VG es frecuente en su servicio*								
Sí	5	16,13	8	11,43	1	7,14	0,6632	
No	26	83,87	62	88,57	13	92,86		
4. Detección de algún caso en la práctica profesional								
Sí	23	74,19	37	50	9	56,25	0,07343	
No	8	25,81	37	50	7	43,75		
5. Los sanitarios tienen la obligación de emitir un PL ante la sospecha de VG*								
Sí	30	96,77	67	91,78	15	93,75	0,645	
No	1	3,23	6	8,22	1	6,25		
6. Emisión propia alguna vez de un PL								
Sí	13	41,94	16	21,62	4	25	0,1006	
No	18	58,06	58	78,38	12	75		
7. Conocimiento del “Protocolo de Actuación Sanitaria ante la VG”								
Sí	20	64,52	24	32,43	1	6,25	<0.001	
No	11	35,48	50	67,57	15	93,75		
8. Familiaridad con el protocolo mencionado en la pregunta anterior								
Sí	6	19,35	3	4,05	0	0	0,01162	
No	25	80,65	71	95,95	16	100		
9. Formación específica en VG								
Sí	7	22,58	6	8,11	2	12,5	0,1216	
No	24	77,42	68	91,89	14	87,5		
10. Consideración de la propia formación adecuada para atender a víctimas								
Sí	5	16,13	8	10,81	2	12,5	0,7523	
No	26	83,87	66	89,19	14	87,5		

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.80. Opiniones y experiencia profesional según la formación

		Sí formación (N=15)		No formación (N=109)		p-valor
		Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
1. La VG es un problema de salud						
Sí		15	100	96	88,07	0,1575
No		0	0	13	11,93	
2. La VG es un problema frecuente en nuestro país						
Sí		15	100	98	89,91	0,1975
No		0	0	11	10,09	
3. La VG es frecuente en su servicio*						
Sí		2	13,33	12	11,65	0,8506
No		13	86,67	91	88,35	
4. Detección de algún caso en la práctica profesional						
Sí		12	80	58	53,21	0,04977
No		3	20	51	46,79	
5. Los sanitarios tienen la obligación de emitir un PL ante la sospecha de VG*						
Sí		15	100	100	92,59	0,2757
No		0	0	8	7,41	
6. Emisión propia alguna vez de un PL						
Sí		8	53,33	26	23,85	0,01641
No		7	46,67	83	76,15	
7. Conocimiento del “Protocolo de Actuación Sanitaria ante la VG”						
Sí		10	66,67	36	33,03	0,01145
No		5	33,33	73	66,97	
8. Familiaridad con el protocolo mencionado en la pregunta anterior						
Sí		5	33,33	4	3,67	<0,001
No		10	66,67	105	96,33	
10. Consideración de la propia formación adecuada para atender a víctimas						
Sí		3	20	12	11,01	0,3167
No		12	80	97	88,99	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

4.4.3 Actitudes frente a la detección y actuación ante sospecha de violencia de género

La **Tabla 4.81** muestra las actitudes de los profesionales ante la sospecha de VG. La amplia mayoría estaba de acuerdo en que el personal sanitario tiene un papel importante en la detección de las víctimas de VG y que sería conveniente una mejor formación para afrontar la VG, y no creían que la ausencia de hallazgos físicos descartase el maltrato.

Más de la mitad estaba en contra de preguntar a todas las mujeres sobre el sufrimiento de algún tipo de maltrato, y más del 70% consideraba que sólo se debería preguntar cuando existiese una sospecha.

En cuestiones como el conocimiento de los signos y síntomas de maltrato por parte del personal sanitario o si estos tenían información sobre los servicios de apoyo a las víctimas, las opiniones estaban más repartidas. La mitad de los profesionales no creía que existiese una adecuada coordinación entre los servicios de apoyo.

La mayoría estaba de acuerdo en que el PL se debería emitir en todos los casos ante la sospecha de maltrato y en que se debería de informar a la paciente previamente antes de emitirlo. Más del 75% creía también que la sospecha de maltrato debía constar en la historia clínica. Del mismo modo, la mayor parte de profesionales estaba en contra de la elaboración del PL sólo en caso de existencia de lesiones físicas o de que este documento no fuese necesario ante casos de maltrato psicológico. Alrededor del 70% se mostró en desacuerdo con que el parte no se debiese emitir sin consentimiento previo de la paciente o si ésta negaba el maltrato.

Tabla 4.81. Actitudes ante la sospecha de VG (N=124)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
11. El personal sanitario tiene un papel importante en la detección de la VG			
En desacuerdo	1	0,81	0,82
Neutro	6	4,84	4,92
De acuerdo	115	92,74	94,26
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-
12. Se debe preguntar a todas las mujeres si sufren algún tipo de maltrato			
En desacuerdo	70	56,45	57,38
Neutro	41	33,06	33,61
De acuerdo	11	8,87	9,02
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-
13. Sólo debemos preguntar por maltrato cuándo exista una sospecha			
En desacuerdo	11	8,87	9,09
Neutro	21	16,93	17,35
De acuerdo	89	71,77	73,55
Total válido	121	97,58	100
Desconocido	3	2,42	-
14. El personal sanitario conoce los signos y síntomas de maltrato			
En desacuerdo	40	32,26	33,06
Neutro	37	29,84	30,58
De acuerdo	44	35,48	36,36
Total válido	121	97,58	100
Desconocido	3	2,42	-
15. La ausencia de hallazgos físicos descarta el maltrato			
En desacuerdo	119	95,97	97,54
Neutro	0	0	0
De acuerdo	3	2,42	2,46
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-
16. Sería conveniente una mejor formación para afrontar la VG			
En desacuerdo	1	0,81	0,82
Neutro	3	2,42	2,46
De acuerdo	118	95,16	96,72
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-

Tabla 4.81. Actitudes ante la sospecha de VG (continuación 1)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
17. Los sanitarios tienen información sobre servicios de apoyo a las víctimas			
En desacuerdo	85	68,55	69,67
Neutro	24	19,35	19,67
De acuerdo	13	10,48	10,66
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-
18. Existe buena coordinación entre los diferentes recursos de apoyo			
En desacuerdo	61	49,19	50,41
Neutro	53	42,74	43,8
De acuerdo	7	5,64	5,78
Total válido	121	97,58	100
Desconocido	3	2,42	-
19. El PL se debe emitir en todo caso de sospecha fundada de maltrato			
En desacuerdo	11	8,87	9,02
Neutro	12	9,68	9,84
De acuerdo	99	79,84	81,15
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-
20. El PL sólo se debe emitir si hay lesiones físicas			
En desacuerdo	102	82,26	83,61
Neutro	7	5,64	5,74
De acuerdo	13	10,48	10,66
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-
21. No es necesaria la emisión del PL ante maltrato psicológico			
En desacuerdo	106	85,48	87,6
Neutro	9	7,26	7,44
De acuerdo	6	4,84	4,96
Total válido	121	97,58	100
Desconocido	3	2,42	-
22. El PL sólo debe ser emitido con consentimiento previo de la paciente			
En desacuerdo	84	67,74	68,85
Neutro	21	16,93	17,21
De acuerdo	17	13,71	13,93
Total válido	122	98,39	100
Desconocido	2	1,61	-

Tabla 4.81. Actitudes ante la sospecha de VG (continuación 2)

	Fr. Absoluta	%	% Válido
23. El PL no debe ser emitido si la paciente niega el maltrato			
En desacuerdo	89	71,77	74,17
Neutro	21	16,93	17,5
De acuerdo	10	8,06	8,33
Total válido	120	96,77	100
Desconocido	4	3,23	-
24. En caso de emitir un PL se debe informar previamente a la paciente			
En desacuerdo	4	3,23	3,31
Neutro	15	12,1	12,4
De acuerdo	102	82,26	84,3
Total válido	121	97,58	100
Desconocido	3	2,42	-
25. La sospecha de maltrato debe constar en la historia clínica			
En desacuerdo	5	4,03	4,13
Neutro	22	17,74	18,18
De acuerdo	94	75,81	77,69
Total válido	121	97,58	100
Desconocido	3	2,42	-

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en algunas actitudes (Tabla 4.82). La mayoría de los profesionales no consideraba que el PL sólo se debiera emitir ante la presencia de lesiones físicas, pero el porcentaje de personas de acuerdo fue mayor entre las mujeres (13%) ($p\text{-valor}<0,05$). La mayor parte, en ambos sexos, estaban de acuerdo con informar previamente a la paciente si se emitía un parte ($p\text{-valor}<0,05$), pero entre los hombres había más objeciones (10%).

Tabla 4.82. Actitudes ante la sospecha de VG según el sexo

	Femenino (N=94)		Masculino (N=30)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
11. El personal sanitario tiene un papel importante en la detección de la VG*					
En desacuerdo	0	0	1	3,45	0,1657
Neutro	4	4,3	2	6,9	
De acuerdo	89	95,7	26	89,65	
12. Se debe preguntar a todas las mujeres si sufren algún tipo de maltrato*					
En desacuerdo	52	55,91	18	62,07	0,3458
Neutro	34	36,56	7	24,14	
De acuerdo	7	7,53	4	13,79	
13. Sólo debemos preguntar por maltrato cuándo exista una sospecha*					
En desacuerdo	8	8,7	3	10,34	0,5174
Neutro	18	19,56	3	10,34	
De acuerdo	66	71,74	23	79,31	
14. El personal sanitario conoce los signos y síntomas de maltrato*					
En desacuerdo	30	32,26	10	35,71	0,867
Neutro	28	30,11	9	32,14	
De acuerdo	35	37,63	9	32,14	
15. La ausencia de hallazgos físicos descarta el maltrato*					
En desacuerdo	90	96,77	29	100	0,3274
Neutro	0	0	0	0	
De acuerdo	3	3,23	0	0	
16. Sería conveniente una mejor formación para afrontar la VG*					
En desacuerdo	0	0	1	3,45	0,126
Neutro	3	3,23	0	0	
De acuerdo	90	96,77	28	96,55	
17. Los sanitarios tienen información sobre servicios de apoyo a las víctimas*					
En desacuerdo	66	70,97	19	65,52	0,1132
Neutro	20	21,5	4	13,79	
De acuerdo	7	7,53	6	20,69	
18. Existe buena coordinación entre los diferentes recursos de apoyo*					
En desacuerdo	47	50,54	14	50	0,4272
Neutro	42	45,16	11	39,29	
De acuerdo	4	4,3	3	10,71	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.82. Actitudes ante la sospecha de VG según el sexo (continuación)

	Femenino (N=94)		Masculino (N=30)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
19. El PL se debe emitir en todo caso de sospecha fundada de maltrato*					
En desacuerdo	7	7,53	4	13,79	0,3818
Neutro	8	8,6	4	13,79	
De acuerdo	78	83,87	21	72,41	
20. El PL sólo se debe emitir si hay lesiones físicas*					
En desacuerdo	78	83,87	24	82,76	0,04595
Neutro	3	3,23	4	13,79	
De acuerdo	12	12,9	1	3,45	
21. No es necesaria la emisión del PL ante maltrato psicológico*					
En desacuerdo	85	91,4	21	75	0,06751
Neutro	5	5,38	4	14,29	
De acuerdo	3	3,22	3	10,71	
22. El PL sólo debe ser emitido con consentimiento previo de la paciente*					
En desacuerdo	65	69,89	19	65,52	0,139
Neutro	18	19,36	3	10,34	
De acuerdo	10	10,75	7	24,14	
23. El PL no debe ser emitido si la paciente niega el maltrato*					
En desacuerdo	68	74,73	21	72,41	0,9035
Neutro	16	17,58	5	17,24	
De acuerdo	7	7,69	3	10,35	
24. En caso de emitir un PL se debe informar previamente a la paciente*					
En desacuerdo	1	1,09	3	10,34	0,0166
Neutro	14	15,22	1	3,45	
De acuerdo	77	83,69	25	86,21	
25. La sospecha de maltrato debe constar en la historia clínica*					
En desacuerdo	4	4,35	1	3,45	0,9633
Neutro	17	18,48	5	17,24	
De acuerdo	71	77,17	23	79,31	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Encontramos significación estadística en la cuestión de si los profesionales sanitarios tienen información sobre los servicios de apoyo a las víctimas, según la profesión. La mayoría del personal, en ambas profesiones, respondió negativamente, pero sobre todo el personal de enfermería (84% frente a 58%). El 15% del personal médico creía que los profesionales sanitarios sí tenían información al respecto (Tabla 4.83).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes ante la sospecha de VG en función del servicio asistencial, como se puede ver en la Tabla 4.84.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes de los profesionales, teniendo en cuenta su formación en VG (Tabla 4.85).

Tabla 4.83. Actitudes ante la sospecha de VG según la profesión

	Enfermería (N=56)		Medicina (N=68)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
11. El personal sanitario tiene un papel importante en la detección de la VG*					
En desacuerdo	0	0	1	1,49	0,5482
Neutro	2	3,64	4	5,97	
De acuerdo	53	96,36	62	92,54	
12. Se debe preguntar a todas las mujeres si sufren algún tipo de maltrato*					
En desacuerdo	31	56,36	39	58,21	0,803
Neutro	18	32,73	23	34,33	
De acuerdo	6	10,91	5	7,46	
13. Sólo debemos preguntar por maltrato cuándo exista una sospecha*					
En desacuerdo	7	12,73	4	6,06	0,2561
Neutro	7	12,73	14	21,21	
De acuerdo	41	74,54	48	72,73	
14. El personal sanitario conoce los signos y síntomas de maltrato*					
En desacuerdo	24	43,64	16	24,24	0,07792
Neutro	14	25,45	23	34,85	
De acuerdo	17	30,91	27	40,91	
15. La ausencia de hallazgos físicos descarta el maltrato*					
En desacuerdo	52	94,55	67	100	0,05291
Neutro	0	0	0	0	
De acuerdo	3	5,45	0	0	
16. Sería conveniente una mejor formación para afrontar la VG*					
En desacuerdo	0	0	1	1,49	0,4999
Neutro	2	3,64	1	1,49	
De acuerdo	53	96,36	65	97,01	
17. Los sanitarios tienen información sobre los servicios de apoyo a víctimas*					
En desacuerdo	46	83,64	39	58,21	0,00978
Neutro	6	10,91	18	26,87	
De acuerdo	3	5,45	10	14,92	
18. Existe buena coordinación entre los diferentes recursos de apoyo*					
En desacuerdo	26	47,27	35	53,03	0,724
Neutro	25	45,46	28	42,42	
De acuerdo	4	7,27	3	4,55	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.83. Actitudes ante la sospecha de VG según la profesión (continuación)

	Enfermería (N=56)		Medicina (N=68)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
19. El PL se debe emitir en todo caso de sospecha fundada de maltrato*					
En desacuerdo	4	7,27	7	10,45	0,5474
Neutro	7	12,73	5	7,46	
De acuerdo	44	80	55	82,09	
20. El PL sólo se debe emitir si hay lesiones físicas*					
En desacuerdo	49	89,09	53	79,1	0,2326
Neutro	3	5,45	4	5,97	
De acuerdo	3	5,45	10	14,93	
21. No es necesaria la emisión del PL ante maltrato psicológico*					
En desacuerdo	49	89,09	57	86,36	0,7376
Neutro	3	5,45	6	9,09	
De acuerdo	3	5,45	3	4,55	
22. El PL sólo debe ser emitido con consentimiento previo de la paciente*					
En desacuerdo	40	72,73	44	65,67	0,6319
Neutro	9	16,36	12	17,91	
De acuerdo	6	10,91	11	16,42	
23. El PL no debe ser emitido si la paciente niega el maltrato*					
En desacuerdo	41	75,93	48	72,73	0,604
Neutro	10	18,52	11	16,67	
De acuerdo	3	5,55	7	10,60	
24. En caso de emitir un PL se debe informar previamente a la paciente*					
En desacuerdo	1	1,85	3	4,48	0,44
Neutro	5	9,26	10	14,92	
De acuerdo	48	88,89	54	80,6	
25. La sospecha de maltrato debe constar en la historia clínica*					
En desacuerdo	4	7,41	1	1,49	0,2056
Neutro	11	20,37	11	16,42	
De acuerdo	39	72,22	55	82,09	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.84. Actitudes ante la sospecha de VG según el servicio

	At. Primaria (N=31)		At. Hospitalaria (N=74)		At. Quirúrgica (N=16)		
	Fr. absoluta	%	Fr. absoluta	%	Fr. absoluta	%	p-valor
11. El personal sanitario tiene un papel importante en la detección de la VG*							
En desacuerdo	0	0	1	1,39	0	0	0,9198
Neutro	2	6,45	3	4,17	1	6,25	
De acuerdo	29	93,55	68	94,44	15	93,75	
12. Se debe preguntar a todas las mujeres si sufren algún tipo de maltrato*							
En desacuerdo	18	58,07	46	63,89	6	37,5	0,3952
Neutro	11	35,48	20	27,78	8	50	
De acuerdo	2	6,45	6	8,33	2	12,5	
13. Sólo debemos preguntar por maltrato cuándo exista una sospecha*							
En desacuerdo	2	6,45	6	8,45	2	12,5	0,4926
Neutro	4	12,9	12	16,9	5	31,25	
De acuerdo	25	80,65	53	74,65	9	56,25	
14. El personal sanitario conoce los signos y síntomas de maltrato*							
En desacuerdo	13	41,94	21	29,58	5	31,25	0,3287
Neutro	11	35,48	19	26,76	6	37,5	
De acuerdo	7	22,58	31	43,66	5	31,25	
15. La ausencia de hallazgos físicos descarta el maltrato*							
En desacuerdo	31	100	69	95,83	16	100	0,3662
Neutro	0	0	0	0	0	0	
De acuerdo	0	0	3	4,17	0	0	
16. Sería conveniente una mejor formación para afrontar la VG*							
En desacuerdo	0	0	1	1,39	0	0	0,6089
Neutro	0	0	3	4,17	0	0	
De acuerdo	31	100	68	94,44	16	100	
17. Los sanitarios tienen información sobre servicios de apoyo a las víctimas*							
En desacuerdo	21	67,74	52	72,22	11	68,75	0,4864
Neutro	6	19,36	12	16,67	5	31,25	
De acuerdo	4	12,9	8	11,11	0	0	
18. Existe buena coordinación entre los diferentes recursos de apoyo*							
En desacuerdo	18	58,07	31	43,66	11	68,75	0,3168
Neutro	11	35,48	35	49,3	5	31,25	
De acuerdo	2	6,45	5	7,04	0	0	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.84. Actitudes ante la sospecha de VG según el servicio (continuación)

	At. Primaria (N=31)		At. Hospitalaria (N=74)		At. Quirúrgica (N=16)		p-valor
	Fr. absoluta	%	Fr. absoluta	%	Fr. absoluta	%	
19. El PL se debe emitir en todo caso de sospecha fundada de maltrato*							
En desacuerdo	5	16,13	5	6,95	1	6,25	0,6199
Neutro	3	9,68	7	9,72	1	6,25	
De acuerdo	23	74,19	60	83,33	14	87,5	
20. El PL sólo se debe emitir si hay lesiones físicas*							
En desacuerdo	25	80,65	60	83,33	14	87,5	0,7888
Neutro	3	9,68	3	4,17	1	6,25	
De acuerdo	3	9,68	9	12,5	1	6,25	
21. No es necesaria la emisión del PL ante maltrato psicológico*							
En desacuerdo	29	93,55	59	83,1	15	93,75	0,3438
Neutro	2	6,45	6	8,45	1	6,25	
De acuerdo	0	0	6	8,45	0	0	
22. El PL sólo debe ser emitido con consentimiento previo de la paciente*							
En desacuerdo	18	58,06	52	72,22	12	75	0,5472
Neutro	6	19,36	12	16,67	2	12,5	
De acuerdo	7	22,58	8	11,11	2	12,5	
23. El PL no debe ser emitido si la paciente niega el maltrato*							
En desacuerdo	20	68,97	53	73,61	14	87,5	0,274
Neutro	8	27,59	11	15,28	1	6,25	
De acuerdo	1	3,45	8	11,11	1	6,25	
24. En caso de emitir un PL se debe informar previamente a la paciente*							
En desacuerdo	2	6,45	1	1,41	1	6,25	0,3037
Neutro	3	9,68	8	11,27	4	25	
De acuerdo	26	83,87	62	87,32	11	68,75	
25. La sospecha de maltrato debe constar en la historia clínica*							
En desacuerdo	0	0	5	7,04	0	0	0,4663
Neutro	6	19,35	11	15,49	3	18,75	
De acuerdo	25	80,65	55	77,47	13	81,25	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.85. Actitudes ante la sospecha de VG según la formación

	Sí formación (N=15)		No formación (N=109)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
11. El personal sanitario tiene un papel importante en la detección de la VG*					
En desacuerdo	0	0	1	0,93	0,5942
Neutro	0	0	6	5,61	
De acuerdo	15	100	100	93,46	
12. Se debe preguntar a todas las mujeres si sufren algún tipo de maltrato*					
En desacuerdo	6	40	64	59,81	0,183
Neutro	6	40	35	32,71	
De acuerdo	3	20	8	7,48	
13. Sólo debemos preguntar por maltrato cuándo exista una sospecha*					
En desacuerdo	2	13,33	9	8,49	0,7793
Neutro	2	13,33	19	17,92	
De acuerdo	11	73,33	78	73,59	
14. El personal sanitario conoce los signos y síntomas de maltrato*					
En desacuerdo	5	33,33	35	33,02	0,6249
Neutro	6	40	31	29,24	
De acuerdo	4	26,67	40	37,74	
15. La ausencia de hallazgos físicos descarta el maltrato*					
En desacuerdo	14	93,33	105	98,13	0,2612
Neutro	0	0	0	0	
De acuerdo	1	6,67	2	1,87	
16. Sería conveniente una mejor formación para afrontar la VG*					
En desacuerdo	0	0	1	0,93	0,4986
Neutro	1	6,67	2	1,87	
De acuerdo	14	93,33	104	97,2	
17. Los sanitarios tienen información sobre servicios de apoyo a las víctimas*					
En desacuerdo	8	53,33	77	71,96	0,3023
Neutro	5	33,33	19	17,76	
De acuerdo	2	13,33	11	10,28	
18. Existe buena coordinación entre los diferentes recursos de apoyo*					
En desacuerdo	9	60	52	49,06	0,5068
Neutro	6	40	47	44,34	
De acuerdo	0	0	7	6,6	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

Tabla 4.85. Actitudes ante la sospecha de VG según la formación
(continuación)

	Sí formación (N=15)		No formación (N=109)		p-valor
	Fr. Absoluta	%	Fr. Absoluta	%	
19. El PL se debe emitir en todo caso de sospecha fundada de maltrato*					
En desacuerdo	1	6,67	10	9,35	0,8521
Neutro	2	13,33	10	9,35	
De acuerdo	12	80	87	81,31	
20. El PL sólo se debe emitir si hay lesiones físicas*					
En desacuerdo	11	73,33	91	85,05	0,3587
Neutro	2	13,33	5	4,67	
De acuerdo	2	13,33	11	10,28	
21. No es necesaria la emisión del PL ante maltrato psicológico*					
En desacuerdo	13	86,67	93	87,74	0,4381
Neutro	2	13,33	7	6,6	
De acuerdo	0	0	6	5,66	
22. El PL sólo debe ser emitido con consentimiento previo de la paciente*					
En desacuerdo	10	66,67	74	69,16	0,9543
Neutro	3	20	18	16,82	
De acuerdo	2	13,33	15	14,02	
23. El PL no debe ser emitido si la paciente niega el maltrato*					
En desacuerdo	9	64,29	80	75,47	0,5998
Neutro	3	21,43	18	16,98	
De acuerdo	2	14,29	8	7,55	
24. En caso de emitir un PL se debe informar previamente a la paciente*					
En desacuerdo	1	6,67	3	2,83	0,5916
Neutro	1	6,67	14	13,21	
De acuerdo	13	86,67	89	83,96	
25. La sospecha de maltrato debe constar en la historia clínica*					
En desacuerdo	0	0	5	4,72	0,6871
Neutro	3	20	19	17,92	
De acuerdo	12	80	82	77,36	

*No se llegó al N total (% calculados en base a las respuestas)

En la siguiente **Tabla 4.86** se puede ver que, según la opinión del personal sanitario, el factor principal que dificulta preguntar por el maltrato es el riesgo para la integridad de la paciente, seguido de cerca por el temor a ofender a la paciente. Sin embargo, los motivos considerados menos frecuentes por la mayoría de los profesionales fueron el tiempo insuficiente o considerar el maltrato un asunto privado. Asimismo, la mayor parte de los encuestados creía que el colectivo que denuncia con más frecuencia una situación de maltrato era la familia, y el que menos otro colectivo distinto a las opciones dadas, seguido por el personal de enfermería.

Tabla 4.86. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia (N=124)

		Fr. Absoluta	%	% Válido
26. Factores que dificultan preguntar por el maltrato				
Tiempo insuficiente	<i>Menos habitual (1,2)</i>	53	42,74	44,17
	<i>Habitual (3,4)</i>	31	25	25,83
	<i>Más habitual (5,6)</i>	36	29,03	30
Ausencia privacidad	<i>Menos habitual (1,2)</i>	26	20,97	21,67
	<i>Habitual (3,4)</i>	60	48,39	50
	<i>Más habitual (5,6)</i>	34	27,42	28,33
Escasa formación	<i>Menos habitual (1,2)</i>	32	25,81	26,67
	<i>Habitual (3,4)</i>	46	37,1	38,33
	<i>Más habitual (5,6)</i>	42	33,87	35
Temor a ofender	<i>Menos habitual (1,2)</i>	37	29,84	30,83
	<i>Habitual (3,4)</i>	34	27,42	28,33
	<i>Más habitual (5,6)</i>	49	39,52	40,83
Considerarlo privado	<i>Menos habitual (1,2)</i>	52	41,93	43,33
	<i>Habitual (3,4)</i>	41	33,06	34,17
	<i>Más habitual (5,6)</i>	27	21,77	22,5
Riesgo paciente	<i>Menos habitual (1,2)</i>	40	32,26	33,33
	<i>Habitual (3,4)</i>	28	22,58	23,33
	<i>Más habitual (5,6)</i>	52	41,93	43,33
Total válido		120	9,68	100
Desconocido		4	3,23	-

Tabla 4.86. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia (continuación)

		Fr. Absoluta	%	% Válido
27. Colectivo que denuncia con más frecuencia el maltrato				
Personal médico	<i>Menos habitual (1,2)</i>	31	25	27,19
	<i>Habitual (3,4)</i>	53	42,74	46,49
	<i>Más habitual (5,6)</i>	30	24,19	26,32
Personal enfermería	<i>Menos habitual (1,2)</i>	53	42,74	46,49
	<i>Habitual (3,4)</i>	41	33,06	35,96
	<i>Más habitual (5,6)</i>	20	16,13	17,54
Víctimas	<i>Menos habitual (1,2)</i>	30	24,19	26,32
	<i>Habitual (3,4)</i>	47	37,9	41,23
	<i>Más habitual (5,6)</i>	37	29,84	32,46
Familiares	<i>Menos habitual (1,2)</i>	18	14,52	15,79
	<i>Habitual (3,4)</i>	26	20,97	22,81
	<i>Más habitual (5,6)</i>	70	56,45	61,4
Amigos	<i>Menos habitual (1,2)</i>	25	20,16	21,93
	<i>Habitual (3,4)</i>	42	33,87	36,84
	<i>Más habitual (5,6)</i>	47	37,9	41,23
Otros	<i>Menos habitual (1,2)</i>	71	57,26	62,28
	<i>Habitual (3,4)</i>	19	15,32	16,67
	<i>Más habitual (5,6)</i>	24	19,35	21,05
Total válido		114	91,93	100
Desconocido		10	8,06	-

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los factores que dificultan preguntar por el maltrato y el colectivo que más denuncia en función del sexo (Tabla 4.87), la profesión (Tabla 4.88), o el servicio (Tabla 4.89).

Sí encontramos significación estadística según la formación en VG en dos de los factores que pueden dificultar preguntar por el maltrato (Tabla 4.90). La escasa formación ($p\text{-valor}<0,05$) fue más puntuada por profesionales que sí tenían formación (media=4,5). Al riesgo para la paciente le dieron más importancia los profesionales que no tenían formación (media=3,9).

Tabla 4.87. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según el sexo

	Femenino (N=94)		Masculino (N=30)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	
26. Factores que dificultan preguntar por el maltrato					
Tiempo insuficiente	3,28	1,95	2,89	1,83	0,4208
Ausencia privacidad	3,48	1,33	3,86	1,3	0,2597
Escasa formación	3,86	1,54	3,32	1,68	0,1247
Temor a ofender	3,56	1,8	4,25	1,53	0,07217
Considerarlo privado	3,04	1,66	2,82	1,66	0,5175
Riesgo paciente	3,77	1,81	3,86	1,86	0,8793
27. Colectivo que denuncia con más frecuencia el maltrato					
Personal médico	3,63	1,38	3,16	1,34	0,08876
Personal enfermería	2,92	1,44	2,96	1,46	0,8389
Víctimas	3,65	1,73	3,92	1,66	0,5392
Familiares	4,55	1,52	4,32	1,75	0,6221
Amigos	3,82	1,37	3,96	1,37	0,7587
Otros	2,43	1,95	2,68	2,1	0,5772

Tabla 4.88. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según la profesión

	Enfermería (N=56)		Medicina (N=68)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	
26. Factores que dificultan preguntar por el maltrato					
Tiempo insuficiente	2,92	2,01	3,4	1,84	0,1389
Ausencia privacidad	3,47	1,35	3,64	1,31	0,4412
Escasa formación	3,64	1,47	3,81	1,68	0,521
Temor a ofender	3,87	1,71	3,61	1,8	0,4471
Considerarlo privado	3,09	1,69	2,91	1,63	0,5759
Riesgo paciente	4	1,76	3,63	1,85	0,2861
27. Colectivo que denuncia con más frecuencia el maltrato					
Personal médico	3,69	1,48	3,39	1,28	0,2679
Personal enfermería	3	1,49	2,87	1,4	0,6815
Víctimas	3,46	1,42	3,92	1,9	0,1288
Familiares	4,5	1,65	4,5	1,51	0,7571
Amigos	3,83	1,5	3,87	1,25	0,9345
Otros	2,52	2	2,45	1,96	0,9573

Tabla 4.89. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según el servicio

	At. Primaria (N=31)		At. Hospitalaria (N=74)		At. Quirúrgica (N=16)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
26. Factores que dificultan preguntar por el maltrato							
Tiempo insuficiente	3,26	2,08	3,06	1,93	3,56	1,79	0,6513
Ausencia privacidad	3,19	1,4	3,7	1,29	3,62	1,36	0,2463
Escasa formación	3,93	1,55	3,5	1,59	4	1,55	0,2961
Temor a ofender	3,71	1,74	3,91	1,74	3,12	1,78	0,2921
Considerarlo privado	2,84	1,53	3,21	1,73	2,56	1,5	0,3302
Riesgo paciente	4,06	1,69	3,61	1,81	4,12	2	0,4175
27. Colectivo que denuncia con más frecuencia el maltrato							
Personal médico	3,64	1,28	3,33	1,39	4	1,5	0,1503
Personal enfermería	2,74	1,36	3,06	1,42	2,69	1,49	0,4201
Víctimas	3,74	1,67	3,67	1,68	3,81	1,97	0,9661
Familiares	4,71	1,55	4,45	1,65	4,19	1,38	0,3197
Amigos	3,64	1,35	4	1,32	3,87	1,54	0,4611
Otros	2,52	2,08	2,48	2,01	2,44	1,75	0,9137

Tabla 4.90. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según la formación

	Sí formación (N=15)		No formación (N=109)		p-valor
	Media	DE	Media	DE	
26. Factores que dificultan preguntar por el maltrato					
Tiempo insuficiente	3,47	2,36	3,15	1,86	0,6053
Ausencia de privacidad	3,8	1,26	3,53	1,34	0,366
Escasa formación	4,6	1,24	3,61	1,6	0,0237
Temor a ofender	3,8	1,61	3,71	1,78	0,8213
Considerarlo privado	2,47	1,46	3,07	1,67	0,2204
Riesgo paciente	2,87	1,5	3,92	1,82	0,03475
27. Colectivo que denuncia con más frecuencia el maltrato					
Personal médico	3,27	1,33	3,57	1,39	0,395
Personal enfermería	2,33	1,17	3,02	1,46	0,104
Víctimas	3,67	1,84	3,72	1,7	0,915
Familiares	5,13	1,12	4,4	1,61	0,1234
Amigos	4,27	1,1	3,79	1,39	0,1947
Otros	2,33	1,8	2,5	2,01	0,9519

5. Discusión





5. DISCUSIÓN

PARTE I.

VALORACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES

Además de analizar si los PL elaborados en situaciones de VG siguen las directrices recomendadas, hemos querido obtener un perfil de los casos (de la víctima y del maltrato) a partir de los datos incluidos tanto en dichos documentos, como en informes clínicos y forenses. Como se expone a continuación, esto ha sido posible con ciertas limitaciones derivadas de la ausencia de información en algunas variables. Hay que tener en cuenta que los casos estudiados se refieren a mujeres que solicitaron asistencia médica y, en el transcurso de la misma el/la facultativo/a, ante la sospecha fundada de maltrato, consideró que debía comunicarlo al juzgado a través de un PL o informe médico, lo que confiere una particularidad a la muestra.

5.1 ANÁLISIS DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Aunque la VG tiene un carácter heterogéneo, es interesante conocer los rasgos más frecuentemente relacionados, por lo que a lo largo de este apartado se valorarán y compararán las características de los casos estudiados con las descritas en la literatura.

A partir de los datos cumplimentados en los documentos, podemos destacar una serie de peculiaridades en las mujeres maltratadas, como se detalla a continuación.

El número de mujeres maltratadas aumentó con la edad, hasta los 40 años, disminuyendo posteriormente. De esta manera, el predominio de maltrato se situó entre 31 y 40 años, con una edad media de 36,7. Datos similares se describen en la literatura, que sitúa la edad media de las víctimas entre los 35 y los 39 años^{108,173-178}. Sin embargo, otros estudios¹⁷⁹⁻¹⁸² describen mayor porcentaje de mujeres más jóvenes, entre los 18 y los 34 años, disminuyendo también el número de víctimas a partir de esa edad. Estos datos parecen poner de manifiesto el mayor riesgo de sufrir VG entre mujeres adultas jóvenes, disminuyendo la prevalencia con la edad, en concordancia con lo descrito por *Puente Martínez et al. (2016)*⁷⁰. A pesar de esto, las mujeres de edad avanzada son consideradas más vulnerables frente a la VG, en relación con una mayor dependencia y dificultad para finalizar la relación⁴. De hecho, *Sandoval Jurado et al. (2017)*⁹⁷ encontraron un mayor riesgo de sufrir VG en mayores de 40 años.

Con respecto al estado civil, los datos reflejan que la mayoría de las mujeres estaban casadas (58%) y cerca de un tercio (27%) solteras, con cifras inferiores de separadas o divorciadas y viudas (11% y 3%, respectivamente). Los datos de mujeres casadas son similares a los descritos en estudios nacionales^{173,183,184}, pero inferiores a los señalados en trabajos internacionales, en los que estas mujeres superan el 80%^{179,185}. Cabe destacar los datos de *Saddki et al. (2010)*¹⁷⁹ y *Montero et al. (2013)*¹⁸⁴, en los que las mujeres solteras no llegaban al 1%, pudiendo deberse las diferencias con nuestra serie a factores culturales y de mayor edad de las mujeres en las respectivas muestras. Contrariamente a lo expuesto, otros estudios muestran que estar casada puede ser un factor protector^{96,186}, mientras que estar soltera^{187,188}, separada o divorciada¹⁰⁶ son factores de riesgo^{170,174,175,189-191}, incluso de agresiones más graves¹⁹². En el estudio de *Pico Alfonso et al. (2008)*⁸⁷, es curioso que predominaran las mujeres casadas en relación con el maltrato psicológico, mientras

que las mujeres que sufrían violencia física y psicológica estaban separadas o divorciadas en mayor medida. Hay que tener en cuenta que, en nuestra serie, la información sobre el estado civil era desconocida en más de la mitad de los casos (52%).

La migración es considerada un factor de vulnerabilidad ante la VG, ya que se relaciona frecuentemente con una mala situación económica y laboral, dificultad para comunicarse o para acceder a los servicios socio-sanitarios, así como con falta de apoyo familiar y social, entre otras⁴. Son diversos los estudios que señalan una prevalencia de mujeres extranjeras^{62,193-196}, incluso se ha encontrado un mayor riesgo de ser asesinadas^{181,197}. Aunque no disponemos de información sobre el lugar de origen de las mujeres en una parte importante de la muestra (64%), podemos afirmar que la mayoría eran españolas (71,5%), con predominio de la nacionalidad americana entre las extranjeras. La prevalencia de la nacionalidad española entre las mujeres que sufren VG está en concordancia con los datos descritos en diferentes trabajos de ámbito nacional^{108,176,183,192,198}, llegando a superar el 90% en algún caso¹⁸⁴.

La mayoría de las mujeres (76%) residía en un medio urbano, considerando como tal un lugar de más de 10.000 habitantes, lo que está en concordancia con alguna bibliografía consultada^{108,193,199}. Por otro lado, también hay estudios^{181,182,200} que describen un predominio de mujeres maltratadas en el ámbito rural. De hecho, vivir en el medio rural está asociado con factores de vulnerabilidad, tanto para la detección de casos de VG, como para intervenir en ellos. Se vincula con menor poder e independencia económica, con dificultad para denunciar las agresiones, así como para acceder a recursos y para que se cumplan las órdenes de alejamiento, además de sufrir un gran control social que dificulta el anonimato⁴. En nuestra serie, sólo el 24% residía en lugares semiurbanos (entre 2.000-10.000 habitantes) o

rurales (<2.000 habitantes), lo que puede estar relacionado con la dificultad de estas mujeres para acceder a los servicios sanitarios.

A pesar de no disponer de información sobre la situación laboral de las mujeres en todos los casos, hemos podido constatar que la mayor parte tenían un trabajo remunerado (46%), aunque frecuentemente no requería titulación (40%), lo que concuerda con lo descrito en la bibliografía^{106,170,178,192,201}. Cerca del 31% de las mujeres estaban desempleadas y algo más del 11% eran amas de casa, situaciones señaladas como factores de riesgo y vulnerabilidad, por generar dependencia económica del agresor^{70,191}. En el caso del desempleo, los datos de la bibliografía son dispares, describiendo series del 62%¹⁸³ y otras del 5%¹⁸⁰, destacando el estudio de *Ballester y Ventura. (2010)*²⁰², en el que la mitad de las mujeres que habían sufrido violencia psicológica estaban desempleadas. El desempleo también se considera por algunos autores una consecuencia de la VG²⁰³. Los datos de mujeres amas de casa fueron inferiores a los recogidos en otros trabajos^{173,178,180}, que describen cifras incluso superiores al 40%^{184,204}. La literatura nos muestra que tanto una buena situación laboral, con mayor nivel de estudios de la mujer, que supere a la del hombre^{94,186,199}, como una situación de desempleo o sin estudios^{94,182,205}, que aumente la victimización de la mujer y la aisle socialmente, son considerados factores de riesgo para sufrir VG. En este sentido, se ha señalado que el contexto social es determinante para explicar estas diferencias²⁰⁶.

Al menos el 30% de las mujeres tenían descendencia, pero en el restante 70% de los casos este dato era desconocido, por lo que no podemos asegurar que no hubiese más mujeres con hijos/as. De hecho, los datos encontrados en otros estudios muestran cifras superiores^{170,178,181,183,204}. La prevalencia es incluso mayor en los casos de agresiones más graves^{192,207} y en relación con el maltrato

psicológico^{106,202}. Para *Puente Martínez et al. (2016)*⁷⁰, tener hijos/as supone un factor de riesgo de sufrir VG.

Con respecto a los antecedentes psiquiátricos, desconocidos en la mayoría de los casos (83%), predominaron las mujeres que sufrían depresión (58,5%) y ansiedad (41,5%), cifras similares a las descritas por *Dhairyawar et al. (2013)*¹⁷⁷. Se ha señalado que una mala salud mental puede ser un factor de riesgo de sufrir VG^{70,96}, aunque también se ha descrito que los problemas mentales son una consecuencia del maltrato^{177,208}. En el estudio de *Ballester y Ventura (2010)*²⁰², se encontró un predominio de mujeres víctimas de VG psíquica con personalidades compulsivas, dependientes e histriónicas, además de asociar la depresión con el maltrato psicológico de larga duración.

En referencia a otras características de las mujeres como la existencia de personas dependientes a su cargo, la situación de embarazo, presencia de discapacidad y el consumo o antecedentes de sustancias tóxicas, que aumentan la vulnerabilidad de la mujer frente a la VG⁴, el número de datos desconocidos era muy elevado, por lo que no se pueden sacar conclusiones al respecto.

Los estudios referidos a las características de los hombres que agreden a sus parejas, son menos frecuentes que los de las víctimas. En nuestra serie, los datos referidos a los presuntos agresores son también escasos, por lo que no podemos establecer un claro perfil del maltratador. Cierta información, cuya cumplimentación se recomienda en el *Protocolo Nacional (2012)*⁴, no aparecía recogida ni en los PL ni en los informes forenses analizados. Lo que si hemos podido constatar, es que la mayoría (77%) de los presuntos agresores eran las parejas actuales de las mujeres, con datos similares a los encontrados por *De Magalhães Dourado et al. (2015)*¹⁸⁰ y *De Macedo Bernardino et al. (2018)*²⁰¹. Sin embargo, en otros trabajos como el de *Fontanil et al. (2005)*²⁰⁹ y el de *Echeburúa et al. (2008)*¹⁹², los porcentajes de exparejas fueron más elevados.

Con respecto al consumo de sustancias tóxicas, en la bibliografía consultada las conductas agresivas hacia las parejas eran más frecuentes entre hombres que consumían alcohol^{96,97,108,186,210} y otras drogas^{175,189,211}. De hecho, su consumo es considerado un factor de riesgo de VG⁷⁰, debido a que genera comportamientos desinhibidos y actitudes violentas^{3,188,212}, así como por su relación con síntomas psicopatológicos y personalidades impulsivas²¹³. Sin embargo, se ha visto que estos agresores son igual o más violentos cuándo no se encuentran bajo sus efectos²¹⁴, por lo que el abuso de estas sustancias puede ser un desencadenante de la agresión, pero unido a otros factores²¹⁵. En nuestro estudio, en más del 95% de los casos se desconocía si los presuntos agresores consumían habitualmente sustancias tóxicas o si lo habían hecho previamente a la agresión. De los casos registrados, destaca el consumo habitual y el consumo previo a la agresión de alcohol frente a otras sustancias. Los datos de abuso de alcohol entre hombres maltratadores se sitúan entre un 40-58%^{108,192} si hablamos de un consumo habitual, y entre 55%²¹⁰ y 89%²¹⁶ dependiendo de si el abuso fue durante el último mes o año, respectivamente. En relación con el abuso de otras drogas, la literatura lo sitúa entre 23-64%^{108,192,216} de los agresores, además de asociarlo con casos más graves¹⁹² y homicidios²¹⁷. Si hablamos del consumo de sustancias durante la agresión, las cifras encontradas por *Fernández-Romero et al. (2008)*¹⁷³, son del 22% de los maltratadores, con predominio de alcohol (15,5%), al igual que en nuestra muestra.

Los datos descriptivos del incidente permiten conocer los lugares y momentos en los que se producen más agresiones, así como los tipos de violencia y mecanismos lesivos más empleados, o la frecuencia con la que aparecen otros agredidos o testigos del maltrato. A continuación, se realiza un análisis pormenorizado de los hallazgos.

Con respecto al lugar, la mayor parte de los sucesos ocurrieron en ambientes privados (68%), sobre todo en el domicilio familiar o de

la mujer (58%), confirmando el carácter íntimo o reservado de la VG, aunque los porcentajes son ligeramente inferiores a los encontrados en la bibliografía^{108,176,180,198,212}. Los episodios ocurridos en lugares públicos se produjeron en su mayor parte en la vía pública (22%), lo que concuerda con la literatura^{180,198}. En lo referente al momento del incidente, aunque en alrededor del 30% de los casos se desconocía el lugar y la hora de la agresión, hemos podido constatar que cerca de la mitad de las agresiones (47%) se produjeron durante la noche (entre las 22h y las 8h), en concordancia con *De Macedo Bernardino et al. (2018)*²⁰¹. Otros autores²⁰⁰, situaron la mayor parte de las agresiones por la tarde.

Si atendemos al tipo de violencia, el 97% de las mujeres sufrieron maltrato físico, el 26% psicológico y el 24% una combinación de ambos, lo que tiene sentido si pensamos que se trataba de mujeres que buscaron asistencia sanitaria. El predominio de maltrato físico ha sido descrito en algunos estudios, con cifras entre 31-77%^{173,194,198}. Otros autores señalaron un predominio de violencia psicológica¹⁹⁰, con datos que van desde la mitad de las mujeres^{95,96,106} hasta la totalidad de las mismas^{178,196,218}, e incluso la combinación de abuso físico y psicológico, entre 38-62%^{108,174,176,219}. Si hablamos de la violencia sexual, que representó poco más del 2% de nuestra muestra, los datos fueron similares a los descritos en algunos estudios^{104,184,198}, aunque inferiores a los mencionados en *Al-Atrushi et al. (2013)*⁹⁵ y *Delamou et al. (2015)*²²⁰, alcanzando el 68% de las mujeres en este último. En cambio, la combinación de violencia física, psicológica y sexual, que sólo se produjo en un caso de nuestro estudio, superaba el 5% y 8,5% en los estudios de *Fernández Romero et al. (2008)*¹⁷³ y de *Montero et al. (2013)*¹⁸⁴, respectivamente.

En relación a los diferentes mecanismos lesivos, como señalan *Sheridan y Nash (2007)*⁶⁰, es complicado realizar una comparación con la literatura porque no existe un método estandarizado para

describir cómo se producen las lesiones. De hecho, los datos que aparecen en diferentes estudios consultados son diversos^{108,185,208}. Si atendemos a los empujones, por ejemplo, las cifras se sitúan entre un 87% en el estudio de *Savall et al. (2017)*²²¹ y un 13% en el de *Morais Caldas et al. (2012)*²²². En nuestra serie, las agresiones físicas se produjeron sobre todo a base de empujones y caídas, por golpes contra objetos o superficies (42%), o zarandeos (34%). Otros mecanismos tuvieron menor representación, como los puñetazos (24%), bofetadas (19%) y patadas (16,5%). Sin embargo, en la mayoría de los estudios analizados, los puñetazos^{179,185} y los bofetones⁹⁵ fueron más frecuentes. De hecho, en algunas series se considera que golpear con la mano, abierta (bofetada) o cerrada (puñetazo), son la principal forma de abuso físico^{60,222,223}. Las patadas se describieron con porcentajes similares al nuestro^{108,185,208,222}, llegando al 38% en el estudio de *Saddki et al. (2010)*¹⁷⁹.

En algo más del 15% de los incidentes se recogió el uso de objetos o armas para agredir o amenazar a las mujeres, siendo también infrecuente su reflejo en la literatura⁶⁰. Según el estudio de *Sorenson (2017)*²²⁴, el uso de armas para amenazar a las víctimas es más frecuente que para herirlas, lo que no se corresponde con nuestros hallazgos, ya que las amenazas con objetos se produjeron en menos del 3% y los golpes en cerca del 13%. Este porcentaje es similar al encontrado en otros estudios^{173,179,222}. Los objetos más utilizados fueron los instrumentos contundentes (53%), en sintonía con la literatura^{178,185,222}, seguidos de los punzantes y cortantes (38%), menos utilizados en otros estudios^{179,224}. Tanto el uso como las amenazas con armas son considerados factores de riesgo de feminicidio por VG⁷¹.

Cerca del 19% de las mujeres sufrieron maniobras de estrangulación, siendo los datos muy dispares en la bibliografía^{108,179,208,225} consultada, oscilando entre un 68-7%. Esta disparidad puede deberse a que este mecanismo lesivo, en ocasiones,

pasa desapercibido durante la exploración si la mujer no lo refiere⁶⁰. Las mordeduras, presentes en casi el 3% de los casos estudiados, son poco reconocidas como un mecanismo lesivo en casos de VG⁶⁰.

Con respecto a los mecanismos de abuso psicológico, predominaron los insultos y humillaciones en casi el 18%, en concordancia con otros autores^{95,218}, seguidas de las amenazas verbales (8%). Destaca el estudio de *Bosch y Ferrer (2002)*¹⁷⁸, en el que prácticamente la totalidad de las mujeres habían sufrido amenazas, humillaciones o insultos. Estas diferencias se deben, seguramente, a que no es frecuente que el abuso psicológico se mencione en los PL. Las agresiones sexuales consumadas o los intentos fueron escasas en nuestra muestra, inferiores a los datos de la bibliografía^{60,178}.

En nuestra serie, fue escasa la información sobre otros/as agredidos/as o testigos durante el evento lesivo, pero hemos podido constatar que, en cerca del 3% las agresiones fueron sufridas también por otras personas además de las mujeres, tratándose frecuentemente de los hijos/as. Esta cifra es inferior a la descrita en la bibliografía^{173,198,202}, llegando incluso a superar el 70% (43% hijos/as) de agresiones a otras personas en el estudio de *Fontanil et al. (2002)*²¹⁸, lo que puede ser debido a la falta de datos ya mencionada. En relación con los testigos, importantes a la hora de ratificar la declaración de la víctima, hemos tenido constancia de ellos en cerca del 11% de los casos, tratándose principalmente también de los hijos/as. Se trata, igualmente, de un porcentaje inferior al que se encuentra en la literatura^{72,95,173,198,207,214}, que los cifra entre un 40-70% lo que puede deberse, de nuevo, a la carencia de esta información en los documentos.

La existencia de lesiones físicas pone frecuentemente de manifiesto el maltrato. Su presencia y su estudio tienen una gran importancia, no sólo clínica sino también médico-legal, pudiendo

desempeñar un papel importante en el proceso judicial²²⁶. De hecho, se ha demostrado que su presencia se relaciona con una sentencia condenatoria²²⁷. La *OMS (2013)*¹² señala que aproximadamente la mitad de las mujeres que sufren VG en Estados Unidos presentan lesiones físicas, lo que concuerda con otra literatura⁹⁵, que sitúa el rango entre el 43%^{176,227} y el 66%¹⁹⁰. En nuestro caso, debido a la peculiaridad de la muestra, la mayoría de las mujeres (95%) presentaban alguna evidencia de lesión física, cuyas características se comentan a continuación.

Las lesiones incluían desde aquellas menores como edemas, escoriaciones o hematomas, pasando por heridas hasta llegar en algunos casos a esguinces, fracturas o perforación timpánica. Los tipos de lesiones físicas más prevalentes fueron las contusiones, equimosis o hematomas (67%), lo que coincide con otros estudios^{108,173,179,182,200,228}. Las laceraciones y escoriaciones se constataron en el 14% y 43% de los casos, respectivamente. En la literatura, los datos sobre estas lesiones son variables, con cifras similares a las nuestras en algunos casos¹⁰⁸, mientras que en otros describen menor tasa de escoriaciones¹⁷⁹ o mayor número de laceraciones²²⁹.

Las lesiones músculo-esqueléticas (esguinces, fracturas) o la perforación timpánica fueron menos frecuentes, presentes en poco más del 7% de las mujeres, dato similar al encontrado por *Petridou et al. (2002)*²⁰⁰, aunque inferior al de otras series²²⁹. En el estudio de *Bhandari et al. (2006)*¹⁹⁰, los esguinces y fracturas fueron el segundo tipo de lesiones más frecuentes (28%), a pesar de que su prevalencia está poco estudiada en relación con la VG.

Es frecuente que en las víctimas de VG coexistan varios tipos de lesiones^{108,200,229}, consecuencia de los múltiples mecanismos lesivos empleados⁶⁰. En nuestra serie, el 70% de las mujeres presentaban varias lesiones, con un máximo de 13 en dos pacientes.

Se ha descrito que las mujeres con lesiones múltiples, tienen 15 veces más probabilidades de presentar un historial de VG como causa de las mismas, en comparación con las mujeres con una única lesión²⁰⁰.

Las lesiones producidas en el contexto de la VG pueden estar localizadas en cualquier parte del cuerpo. La cabeza, cara y cuello, que suelen describirse conjuntamente en la bibliografía, son localizaciones a las que se atribuye especial importancia en estos casos, aunque pueden no ser lesiones graves. Las lesiones en estas localizaciones elevan la probabilidad de que sean debidas al maltrato²³⁰ y se consideran marcadores de VG, por lo que los/las profesionales sanitarios/as deben prestar especial atención a las mismas²³¹. Estas localizaciones fueron las más frecuentes en la mayoría de los estudios consultados^{180,185,190,200}, con una prevalencia de entre 36-78%. En nuestro estudio, las lesiones de la cara (40,5%) fueron más frecuentes, seguidas del cuello (33%) y la cabeza (26,5%), con una distribución similar a los descrito por Domínguez *et al.* (2018)²²⁷ y Regueira Diéguez *et al.* (2015)¹⁰⁸. Las agresiones en la región facial se asocian con una disminución de la calidad de vida de las mujeres, produciendo alteraciones orgánicas y funcionales permanentes o incluso sociales¹⁸⁰. El rostro es la parte más visible del cuerpo y contribuye a la autoestima de un individuo¹⁷⁹. En diversos estudios, la región maxilofacial estaba afectada en alrededor de la mitad de las mujeres^{179,201}, de forma similar a nuestra serie.

Una gran parte de las mujeres de la muestra presentaban lesiones a nivel de los miembros superiores (59,5%), región que tradicionalmente se relaciona con posturas de defensa⁶⁰. Los datos son similares a los encontrados en otros estudios^{108,227,228}. Al contrario de lo que ocurriría con las lesiones localizadas en la cabeza, cara y cuello, las lesiones de los miembros superiores no se consideran marcadores de riesgo de VG⁵⁹.

En lo que se refiere a otras características como la forma, tamaño, color, número o tiempo evolutivo de las lesiones, carecíamos de información en un alto porcentaje de casos (50% en lo referente al número de lesiones, hasta el 93% sobre el color de las mismas), pero las más frecuentes eran de pequeño tamaño, forma redondeada y color rojizo, pudiendo asociarse con lesiones contusas por agarre.

Hemos podido constatar que más del 65% de las mujeres presentaban ansiedad y nerviosismo, como consecuencia de la VG sufrida, datos ligeramente superiores a los descritos en los estudios de *Fernández Romero et al. (2008)*¹⁷³ y *Labrador et al. (2011)*¹⁷⁴.

Las víctimas de VG acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios que el resto de mujeres¹¹⁰. En nuestro estudio todas las víctimas de VG habían solicitado asistencia médica, a partir de la cual se realizaron los PL. El 81% de las mujeres fueron atendidas en los servicios de atención urgente (PAC y urgencias hospitalarias), lo que concuerda con *Domínguez (2018)*²²⁷ y *Regueira Diéguez et al. (2015)*¹⁰⁸. El restante 19% acudieron a consultas en su centro de salud o en el hospital. El 72% de las mujeres recibieron atención sanitaria el mismo día de la agresión, sobre todo por la noche (41%) y por la tarde (34%), de forma similar a los descrito por otros autores^{108,200}. Esto explica que la mayoría fuesen atendidas en los servicios de PAC, que funcionan generalmente en esos horarios.

Aunque sería muy interesante conocer si la paciente acude o no acompañada a esta primera atención sanitaria, debido a la información que nos puede ofrecer sobre el apoyo social con el que cuenta^{74,105}, en más del 88% de los casos desconocíamos este dato. Lo que si podemos afirmar es que al menos el 12% de las mujeres acudieron acompañadas, dato inferior al reflejado por otros autores²²⁷, principalmente por la policía o guardia civil (41%) y el 061 (32%), lo que también se relaciona con la atención en los servicios de PAC y urgencias hospitalarias.

Con respecto al abordaje clínico, la mayoría (86%) de las mujeres precisaron tratamiento farmacológico, sobre todo analgésicos y antiinflamatorios (74%), lo que está relacionado con la alta incidencia de lesiones contusas. La realización de pruebas complementarias fue desconocida en el 75% de los casos, pero las que se registraron en mayor medida fueron las radiológicas, que también concuerda con el predominio de contusiones, que deben ser estudiadas para descartar posibles daños internos.

La actuación posterior tras la primera asistencia fue un dato poco tenido en cuenta por los/las facultativos/as a la hora de elaborar los documentos (no se constató en el 97% de los partes analizados). Sin embargo, sabemos por otros informes complementarios, que al menos el 36% de las mujeres fueron derivadas a otros servicios, sobre todo a atención primaria (67%), urgencias hospitalarias (14%) y radiología (10%). La amplia derivación a atención primaria se debe a la recomendación de control de las lesiones por parte de su médico de cabecera. Los otros casos se pueden relacionar con el hecho de que la mayor parte de las mujeres fueron atendidas en el PAC, precisando la derivación a servicios como urgencias o radiología, para completar los reconocimientos. En nuestro estudio la necesidad de ingreso sólo fue reflejada en tres casos, aunque no podemos descartar que no hubiese más. Otros autores señalan cifras de ingresos superiores al 11%¹⁷⁹. El pronóstico clínico, sin embargo, fue recogido en algo más del 60% de los casos, y se constató que era leve en el 90% de los mismos, al igual que en la bibliografía consultada^{173,198}, lo que puede indicar que la mayor parte de las mujeres no precisaron acudir a una nueva revisión médica, como indican los altos valores desconocidos en referencia a la actuación posterior o derivación a otros servicios.

En el contexto de la VG, el historial previo de abuso se considera un importante factor de riesgo de homicidio^{71,207}. Además, las agresiones son más frecuentes cuando hay antecedentes de

violencia o amenazas^{173,190,192}. Hemos podido constatar que el 39% de las mujeres tenían antecedentes de agresiones previas, cifra similar a la de *Canaval et al. (2007)*²⁰⁴, pero muy inferior a la señalada en otros estudios que superaban el 80%^{179,219}. Estas diferencias con la bibliografía pueden deberse a que no se disponía de esta información en muchos casos (61%). En el estudio de *Ruíz Pérez et al. (2006)*¹⁰⁴ los antecedentes de maltrato emocional fueron los más frecuentes (34%), seguidos del físico (18%), mientras que en nuestro trabajo la mayoría de mujeres refirieron agresiones físicas previas (84%) y, la mitad (49%), psicológicas. A pesar de los datos de antecedentes de agresiones, no pudimos conocer la existencia de denuncias previas en la mayoría (96%), que la bibliografía señala entre un 26,5-59% de los casos^{178,181}. El riesgo percibido por la propia mujer, así como su actitud frente a la denuncia, apenas aparecían. Sólo en diez casos se reflejó que la víctima temiese por su seguridad y en siete, que estuviese en contra de denunciar a su agresor o de la elaboración del PL.

En relación a los datos médico-legales obtenidos a partir de los informes forenses, pudimos constatar el nexo causal entre el mecanismo lesivo y las lesiones presentes en más del 90% de los casos. En el 84% de los mismos, las lesiones no supusieron tiempo impeditivo para la mujer, y cuando así ocurrió, el intervalo más frecuente fue entre 1 y 4 días. Esto contrasta con lo referido por *Castellano et al. (1998)*⁵⁸, cuya cifra media de incapacidad temporal fue de algo más de 15 días, a pesar de que los autores están de acuerdo en señalar un menor tiempo para las lesiones producidas en el ámbito doméstico. El período de curación estimado fue entre 5 y 8 días, lo que concuerda con *Domínguez (2018)*²²⁷ que señala un tiempo medio de 1 semana, lo que pone de manifiesto el carácter leve de las lesiones. En más del 95% de los casos no cabía esperar secuelas de la agresión, tratándose sobre todo de cicatrices, lo que contrasta con otros

estudios^{77,174}, que describían las secuelas psicológicas como las más prevalentes. Esta diferencia puede deberse a la particularidad de la muestra, con predominio de agresiones físicas. Casi la mitad de las lesiones (49%) se presentaron en un estadio inicial, y el 34% de las mismas estaban resueltas en el momento de la valoración forense.

Lo expuesto anteriormente nos permite señalar que la VG presenta características muy diversas, por lo que resulta muy difícil establecer un único perfil de víctima, así como un patrón específico de agresiones. Sin embargo, hemos podido constatar unos rasgos más comunes. Respecto a la víctima, predominaron mujeres jóvenes, de nacionalidad española, que estaban casadas, y residían en un medio urbano, además de tener un trabajo remunerado. La mayoría fueron agredidas por sus todavía parejas sentimentales, en lugares privados, empleando la violencia física a través de empujones y caídas, golpes contra objetos o zarandeos. En las situaciones de agresión a terceros o testigos de los hechos, los hijos/as fueron los más afectados. Como era de esperar, debido a la procedencia de los datos (PL), la mayoría presentaba lesiones físicas, en forma de contusiones, equimosis o hematomas, localizadas frecuentemente en miembros superiores y en cara, cabeza y cuello. La mayor parte de las mujeres presentaron también afectación psicológica, en forma de ansiedad y nerviosismo. Tras el evento abusivo buscaron atención sanitaria, preferentemente en los servicios de urgencias, el mismo día de la agresión y durante la noche. Aquellas que acudieron acompañadas, lo hicieron sobre todo por la policía y guardia civil. En la mayoría de los casos se les administró tratamiento farmacológico y el pronóstico fue leve, con derivación al médico de cabecera para seguir su evolución. En más del 90% se pudo establecer el nexo causal entre las lesiones y el origen de las mismas, referido por la paciente, la mayoría sin tiempo impeditivo ni secuelas, y con una curación estimada entre 5 y 8 días.

5.2 ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Todos los casos incluidos en el estudio fueron clasificados como VG, tal como consta en la documentación forense a la que tuvimos acceso. Cabe destacar que, a pesar de que los/las profesionales sanitarios/as tienen la obligación legal de elaborar y remitir al juzgado los PL, y que existen modelos normalizados o protocolizados de los mismos, éstos sólo fueron cumplimentados en el 67% de los casos, mientras que en el resto se presentaron informes médicos que, a pesar de su validez informativa para la valoración forense, carecían de datos importantes, como se comentará a lo largo de este apartado. Aun así, estos porcentajes fueron mejores que los encontrados por Domínguez (2018)²²⁷, que situó la utilización de informes de primera asistencia por delante de los partes normalizados.

La mayoría de los documentos (tanto partes como informes) fueron elaborados en servicios de urgencias, de atención primaria y hospitalaria, con cifras incluso superiores a las descritas por García Minguito et al. (2012)¹²⁸. En dicho trabajo, el 25% de los documentos pertenecía al ámbito de primaria, cifra similar a la nuestra si tenemos en cuenta sólo los centros de salud (18%), pero si incluimos los servicios de PAC el porcentaje asciende al 77%. Estas diferencias pueden deberse a que las comunidades autónomas tienen distintas distribuciones en relación con los servicios y horarios de atención. En nuestra muestra, los PL fueron más frecuentes en las consultas de atención primaria vs hospitalaria y en atención programada vs urgente, lo que puede tener relación con un mayor tiempo de consulta para realizar la entrevista clínica a la paciente.

El análisis de la cumplimentación de los datos para la comunicación de la situación de VG, fue el foco principal del estudio. Como ya se comentó anteriormente, la elaboración adecuada de los

PL, o documentos que actúan como tal, es indispensable para una correcta atención y tratamiento de los casos de VG, e incluso para establecer medidas de prevención efectivas. A pesar de esto, el estudio de la calidad de dichos documentos es un tema poco tratado en la literatura. A continuación, vamos a realizar una valoración de la cumplimentación de los PL e informes de primera asistencia, tomando como referencia los requisitos establecidos por el *Protocolo Nacional (2012)*⁴ y la *Guía Autonómica de Galicia (2009)*¹¹⁵, y comparando nuestros resultados con los encontrados en la bibliografía consultada. Como se verá con más detalle, hay ítems que aparecen recogidos en una amplia mayoría de casos, otros se reflejan en un número importante de documentos, mientras que otros son prácticamente ignorados por el personal encargado de elaborarlos.

Según las recomendaciones, los PL deben contener el nombre, apellidos, cargo, número de colegiado, servicio y centro sanitario del personal sanitario responsable de la asistencia. En nuestro estudio, estos datos aparecían en más del 90% de los documentos, salvo el número de colegiado que se reflejó en el 70,5%. Estos resultados son similares a los descritos por *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y *Domínguez (2018)*²²⁷. La estructura de los mismos, con el nombre del facultativo y el centro sanitario al inicio del documento, y el número de colegiado al final, puede favorecer el olvido del sanitario responsable de plasmar este último dato. Los documentos analizados donde predominaba la recogida de estos ítems fueron los partes normalizados, que contenían lugares específicos para incorporarlos. En cuanto al servicio asistencial, predominó la recogida de esta información en aquellos elaborados en atención primaria.

Con respecto a los datos de la paciente, los protocolos además de incluir el nombre, apellidos, DNI, fecha de nacimiento o edad, consideran importante el país de origen, el estado civil, el municipio de residencia con su código postal y el teléfono. El nombre (con

apellidos) aparecía en prácticamente todos (99%) los documentos, así como la edad/año de nacimiento (86%) y el lugar de residencia (83%), aunque en el caso de los municipios no incluían los códigos postales. Los datos descriptivos de la paciente constaban en todos los documentos del estudio de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ (100%) y en más del 90% de los de *Domínguez (2018)*²²⁷. El DNI (67,5%) y el teléfono (53%) figuraban en más de la mitad de la muestra, pero tanto el estado civil como el lugar de origen sólo se reflejaban en 1 de cada 5 documentos, lo que puede manifestar un desconocimiento del protocolo por parte de los sanitarios, que no consideraron estos datos relevantes para la entrevista médica.

También se debe reflejar si la paciente presentaba alguna discapacidad (tipo y grado), si tenía descendencia (número y edad) y/o personas dependientes a su cargo. En 9 documentos aparecía reflejada la discapacidad de la paciente, pero sabemos por los informes forenses que había 10 mujeres con alguna discapacidad. El grado no se reflejó en ningún caso. También fue menor el número de mujeres señaladas con personas dependientes a su cargo (10), que en realidad eran 14. La descendencia, que constaba en cerca del 23%, fue también inferior a la realidad (30%), y no se incluyó en ningún caso el número de hijos/as ni las edades. Al igual que en el apartado anterior, estos datos seguramente fueron minusvalorados por los/las profesionales sanitarios/as que elaboraron los documentos.

La mayor parte de los datos de filiación de la paciente se recogieron sobre todo en PL normalizados, en servicios de atención primaria y consulta programada. Sin embargo, algunos datos como el número de teléfono, aparecían más en informes médicos de atención hospitalaria; y otros, como los antecedentes psiquiátricos, se cumplimentaron más durante la atención hospitalaria y urgente.

En relación a los datos sobre el presunto agresor, las recomendaciones indican incluir el nombre, dirección y/o teléfono, y

su relación con la paciente. Sin embargo, más allá de la relación paciente-presunto agresor (73%) y la especificación de caso de VG (79%), también ampliamente recogido en *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, no pudimos apenas conocer otros datos. Esta información fue más documentada en los partes normalizados, que también incluyen un lugar específico para su cumplimentación, sobre todo en los realizados en atención primaria. Esto pone de manifiesto que, a pesar de las indicaciones del *Protocolo Nacional (2012)*⁴, los/las profesionales sanitarios/as no conocen la necesidad de indagar sobre las características de los presuntos agresores cuando atienden a las víctimas de VG.

Si hablamos de los hechos, se aconseja incluir la fecha, hora y lugar, así como el mecanismo lesivo u objeto que se utiliza, y el tipo de violencia. La hora y lugar se cumplimentaron en más de la mitad de los casos (61-64%), siendo la fecha el dato descriptivo más recogido (71%), con cifras superiores a las descritas por *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y *Domínguez (2018)*²²⁷, en cuyos estudios la fecha y hora de incidente aparecían en alrededor del 50% de los casos. Los datos del incidente se recogieron en mayor medida en los partes normalizados, realizados en servicios de atención primaria.

El tipo de violencia y el mecanismo lesivo se incluyeron en más del 70% de los documentos, aunque las cifras son inferiores a las del estudio de *Sarrión et al. (1995)*²³², que describe un 91,5%. Estos aspectos aparecían sobre todo en partes normalizados de atención primaria. Sin embargo, el uso de objetos se contempló en menos del 10%, a pesar de que un 15% de las mujeres refirieron su utilización cuando fueron agredidas. El *Protocolo Nacional (2012)*⁴ también recomienda incluir si hubo otros agredidos y la existencia de testigos, ambos apenas reflejados en nuestra serie (2%), de manera similar a lo descrito por *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸.

Respecto a la exploración física, las recomendaciones indican que debe ser completa, es decir, se deben explorar todas las regiones corporales más allá de las señaladas como afectadas por la paciente. Sólo el 21,5% de los documentos acataron esta norma, tratándose sobre todo de informes médicos elaborados en atención hospitalaria y consulta programada. Siguiendo los protocolos, los datos que deberían aparecer relacionados con las lesiones son el tipo, localización, forma, tamaño, color, número y estado evolutivo. El tipo y la localización se describieron en más del 90%, cifra superior a la descrita en los estudios de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y *Domínguez (2018)*²²⁷, pero sólo el 41% incluían el número de lesiones. Sin embargo, otras características de las mismas, se reflejaron en menos del 10% de los documentos, dificultando en ocasiones la determinación del estadio evolutivo, información importante para establecer la data de las lesiones. Se recomienda también realizar fotografías de las lesiones, pero ninguno de nuestros documentos las contenía. Lo que sí se incluía, en el 37% de los casos, eran esquemas corporales en los que aparecían señaladas las lesiones. Estos dibujos sólo aparecían en PL normalizados, ya que éstos incluyen un boceto del cuerpo humano que los/las profesionales sólo tienen que marcar. Este dato está en concordancia con que los diagramas sólo apareciesen en los documentos elaborados en atención primaria.

También resulta importante reflejar el estado psicológico de la mujer al elaborar el PL, que se hizo en el 60,5% de los documentos, dato claramente superior al de *Domínguez (2018)*²²⁷ y *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, alrededor del 30%, que señalaban como posible causa de esta escasa cumplimentación la baja valoración de la afectación psíquica, al ser menos evidente que el mal estado físico. Aparecía sobre todo entre los documentos normalizados de atención primaria, que también contienen un apartado específico.

Los datos descriptivos de la primera atención sanitaria fueron mayoritariamente recogidos, sobre todo en los partes normalizados y en atención hospitalaria. También se consideran importantes las medidas terapéuticas, las pruebas complementarias, el pronóstico clínico, y si la paciente acude sola o acompañada. Las medidas terapéuticas (74%) fueron incluidas en gran proporción de casos, de manera similar al estudio de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, aunque superiores a las cifras obtenidas por *Domínguez (2018)*²²⁷. El pronóstico clínico (61%) fue reflejado también en la mayor parte de la muestra, pero en menor medida que en el trabajo de *Sarrión et al. (1995)*²³², en el cual constaba en el 90% de los casos. El pronóstico clínico aparecía en mayor medida reflejado entre los partes normalizados de atención primaria, de manera similar a lo encontrado por *Domínguez (2018)*²²⁷. Los modelos normalizados cuentan también con un apartado específico, y supone un dato fundamental ante la falta de lesiones para determinar el carácter punitivo. Aunque cerca del 25% de las mujeres precisaron pruebas complementarias, no aparecían más que en el 17% de los casos, sobre todo en los informes médicos elaborados en el hospital. Lo mismo sucedió con la descripción de si la paciente acudía sola o acompañada, reflejado sobre todo en los informes médicos del ámbito hospitalario, aunque en poco más del 9%, a pesar de que casi el 12% de las mujeres refirieron acompañante en el informe forense. Estas cifras son inferiores a las de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸, cuyo dato se incluyó en un 21% de casos.

Con respecto al plan de actuación posterior, los protocolos aconsejan incluir tanto si la paciente es ingresada o derivada a otro servicio, como si es dada de alta. Cerca del 33% de los documentos incluían la derivación a otro servicio, sobre todo los informes médicos elaborados en el ámbito hospitalario, y sólo aparecía 1 caso de ingreso. Sin embargo, sabemos que más del 36% de las mujeres fueron derivadas a otros servicios, la mayor parte a atención primaria,

y que 3 mujeres fueron ingresadas. A pesar de esto, nuestros resultados fueron mejores que los obtenidos por *Sarrión et al. (1995)*²³², en cuyo estudio ningún PL incluía la necesidad de una nueva atención médica de la paciente, lo que dificultaba la tarea de establecer la gravedad del mecanismo lesivo.

También es importante conocer la existencia de antecedentes de violencia, a través del registro de lesiones previas, si existieran, ya que permiten categorizar cada mecanismo lesivo con sus consecuencias, para la posterior valoración forense e informe judicial. En nuestro caso, en algo más del 2% se describieron lesiones previas, aunque las presentaban más del 4% de las pacientes, según los informes forenses. En el caso de haber agresiones previas, deberían aparecer el inicio, tipo, frecuencia e intensidad, así como la existencia de denuncias previas y la evolución de las mismas. Cerca del 15% de nuestros documentos contenían referencia a agresiones previas, sobre todo en atención primaria, a pesar de que se constató que el 39% de las mujeres había sufrido agresiones con anterioridad. La escasa referencia a la existencia de agresiones previas (o si se trataba de la primera agresión) está en concordancia con los estudios de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y *Domínguez (2018)*²²⁷. Con respecto a las denuncias previas, a pesar de que un 4% de las mujeres las habían interpuesto, sólo se plasmó en el 1% de los documentos.

Siguiendo las recomendaciones, el riesgo percibido por la mujer y su actitud frente a la denuncia, también deberían ser notificados. En 10 casos las mujeres expresaron miedo por su situación, y en 1 caso fue el facultativo el que reflejó que existía riesgo para la vida de la paciente. Esta información es importante, ya que puede acelerar o activar el proceso judicial y respaldar medidas, como una orden de protección. En 5 documentos se reflejaba la actitud contraria de la mujer frente a la denuncia y en 2 frente a la elaboración del PL, aunque ambas tienen relación, ya que con la elaboración del

parte se puede iniciar el proceso judicial, y si la mujer está en contra de la elaboración del documento, probablemente se niegue a denunciar ella misma, llegado el momento.

En los PL también es importante reflejar si el documento se ha puesto en conocimiento del juzgado de guardia telefónicamente y especificar cuándo. En más del 70% de los documentos se hacía referencia al juzgado de guardia como remitente del documento, pero en ningún caso se confirmó una llamada de teléfono ni se especificó cuándo se envió. La referencia al juzgado de guardia como destinatario del documento, aparecía con una gran diferencia en los PL normalizados, ya que éstos lo incluyen por defecto, lo que concuerda con que este aspecto constase en mayor medida en los servicios de atención primaria y consulta programada.

Por último, existen una serie de recomendaciones referidas a la manera de cumplimentar y redactar los documentos. Actualmente, las nuevas tecnologías y registros electrónicos facilitan el trabajo de los/las profesionales en su elaboración, así como en clarificar su mensaje, por lo que se recomienda informatizar los PL para que no existan problemas de interpretación de la información. En nuestro caso, más de la mitad se habían realizado telemáticamente (57%), sobre todo los elaborados en el ámbito hospitalario y en consulta programada, porcentaje superior al descrito por *Domínguez (2018)*²²⁷. Por supuesto, de no ser posible su elaboración electrónica y tuvieran que realizarse manualmente, la letra debe ser clara para evitar confusiones. Sin embargo, en el 39% de los documentos no se entendía todo lo escrito, sobre todo en aquellos que pertenecían a atención primaria y urgente. Este dato también es mejor que el encontrado por *Domínguez (2018)*²²⁷, dónde la mayoría de los documentos eran difíciles de leer. Se desaconseja el uso de abreviaturas o tachaduras, ya que además de interferir en la correcta comprensión del mensaje, pueden ser interpretadas como una

manipulación del mismo. En la muestra analizada poco más del 8% presentaban tachaduras, dato similar al de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ e inferior al de *Domínguez (2018)*²²⁷, más usadas en los servicios de urgencias. Sin embargo, las abreviaturas fueron utilizadas en la mayoría de los casos (72%), en concordancia con el estudio de *Domínguez (2018)*²²⁷, sobre todo en informes médicos del ámbito hospitalario. Tampoco se recomienda utilizar los términos “víctima” ni “agresor”, y aunque el primero no aparecía en ningún documento, el segundo se recogía en algo más del 3%, sobre todo en los elaborados en atención primaria.

Además del análisis individual y pormenorizado de los distintos apartados que recomiendan los protocolos, hemos aplicado dos baremos (*García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y elaboración propia). La finalidad era obtener una aproximación, concreta y objetiva, sobre la calidad de los documentos realizados en casos de VG para comunicar los hechos al juzgado. Tras aplicar las escalas, la puntuación media obtenida fue de 79,7 y 62,7, respectivamente, comprobando que la mayor parte de los documentos tienen una calidad media, independientemente del baremo aplicado. Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos por *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ y contrastan con los de *Domínguez (2018)*²²⁷, con predominio de aquellos de calidad baja. Se han identificado deficiencias en su contenido, sobre todo en lo que se refiere a la referencia a los antecedentes de maltrato, a si la paciente acude sola o acompañada y a la descripción de las lesiones.

Los documentos de calidad alta eran en mayor medida PL normalizados, elaborados en atención primaria. Por otra parte, había más informes médicos, elaborados en el ámbito hospitalario, con una calidad baja. Si atendemos sólo a los documentos elaborados en atención primaria, en el estudio de *García Minguito et al. (2012)*¹²⁸ el 42% de los PL tenían una calidad baja, mientras que la mayoría de

nuestra serie tenían una calidad media, con cualquiera de los baremos aplicados. No hemos encontrado diferencias en la calidad cuando se compara la asistencia urgente frente a las consultas programadas.

Estos resultados reflejan que, a pesar de que algunos datos importantes como los referentes a la filiación del facultativo y de la paciente, la descripción del incidente y de la primera atención sanitaria, el tipo y localización de las lesiones, aparecen bien documentados; otros aspectos también necesarios, como los datos de filiación del agresor, la mención de agresiones previas, si la paciente acude sola o acompañada, así como la referencia a otros agredidos o testigos del abuso, fueron más deficitarios. Cabe destacar que esta información es importante para establecer el riesgo y es poco tenida en cuenta. Es especialmente relevante para poder establecer el apoyo social con que cuenta la mujer, de forma que se pueda notificar a los servicios sociales o a los cuerpos de seguridad. Hemos podido constatar que los PL normalizados recogen mejor y de manera más completa los datos recomendados, cuando se comparan con los informes médicos. Asimismo, los elaborados en servicios de atención primaria superan a los del ámbito hospitalario, lo que se relaciona con la mayor utilización de documentos normalizados. La mejor cumplimentación de los datos tiene relación con la estructura de los documentos, y pone de manifiesto la importancia de contar con un documento estándar (los documentos más completos en nuestra muestra), que facilite al personal sanitario los epígrafes necesarios para una correcta comunicación del caso. Además, un elevado porcentaje de documentos contenían una letra difícilmente legible y presentaban abreviaturas. Todo ello muestra la necesidad de mejorar la formación y la sensibilización de los/las profesionales sanitarios/as en relación con la cumplimentación de los PL en casos de VG, debido a su importancia para las valoraciones periciales y judiciales.

PARTE II. OPINIONES Y ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las mujeres maltratadas acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios que a otros, como la policía o los juzgados⁴¹. Por este motivo, las opiniones y creencias acerca de la VG son importantes no sólo para establecer medidas de prevención, sino también para la detección y actuación posterior frente a la misma. Se ha descrito que las ideas preconcebidas o estereotipos sobre la VG afectan negativamente a las víctimas y pueden influir en la respuesta de la sociedad, en general, y de los/las profesionales sanitarios/as, en particular. De hecho, se ha observado que la principal razón para no preguntar sobre el maltrato a las pacientes es la presencia de estos prejuicios¹⁵⁰. A continuación, se comentarán los resultados obtenidos a través de las encuestas, tanto del alumnado universitario como de los/las profesionales sanitarios/as.

5.3 ANÁLISIS DE LAS OPINIONES Y ACTITUDES DEL ALUMNADO UNIVERSITARIO

Las opiniones y actitudes del alumnado no sólo ponen de manifiesto la consideración e importancia que los jóvenes le otorgan a la VG, sino también la formación que reciben durante sus estudios universitarios.

Los resultados de este trabajo recogen que poco más de la mitad del alumnado había cursado asignaturas sobre VG, siendo este dato superior al señalado por otros autores, que describen cifras inferiores al 40%^{159,233}. El alumnado con mayor formación referida fue el de criminología, superando el 80%. Entre las titulaciones

sanitarias, señala haber recibido formación una mayor proporción de estudiantes de medicina que de enfermería (47% frente a 32%), al igual que en el estudio de *Gerber y Tan. (2009)*²³³. El porcentaje de futuros médicos con formación fue similar al de literatura en los trabajos de *Sprague et al. (2013)*¹⁴⁶ y *Carlson et al. (2017)*²³⁴. Se considera que haber recibido formación específica en VG es fundamental para la detección de casos, ya que aumentan las habilidades y comodidad en este terreno²³⁵.

Casi todos los participantes consideraban necesaria la formación obligatoria entre los/las profesionales sanitarios/as, sobre todo las mujeres (97% frente a 88%), lo que está en concordancia con la literatura²³⁶. En otros estudios, además de considerar importante una adecuada formación en VG, los estudiantes de la rama sanitaria señalaban, de forma mayoritaria, que la que recibían era insuficiente^{146,156,159}.

La VG es considerada un problema importante en nuestro país por la mayoría de participantes, sobre todo por las mujeres (99% frente 84%) y por el alumnado de titulaciones sanitarias (>99%), superando los datos de otros estudios^{156,234}.

Con respecto al tipo de VG más frecuente, más de la mitad de los encuestados abogaron por la combinación de maltrato físico y psicológico, sobre todo las mujeres (60%) y el alumnado de enfermería (69%), debido seguramente al mayor número de mujeres en esta titulación. Destaca que este tipo de maltrato fuese más respaldado por el alumnado sin formación (59% frente a 52%), lo que puede deberse a que incluía dos tipos de maltrato y podía verse como la opción más completa. Sin embargo, las opiniones más extendidas entre los/las profesionales según la literatura consultada^{144,237}, señalan el maltrato emocional y psicológico como el más común, destacando que se realiza diariamente y de manera sutil, normalizado en muchas ocasiones por la sociedad. Este contraste con la opinión del alumnado

puede estar relacionado con su mayor experiencia en el ámbito laboral. En nuestro estudio, el maltrato psicológico fue más respaldado por los hombres (44% frente a 38%) y el alumnado de medicina (60%), siendo inferior al 30% entre el alumnado de enfermería. Estos resultados contrastan con el estudio de *Ferrer et al. (2008)*¹⁵⁶, en el que la mayor parte del alumnado de enfermería consideraba más frecuente el abuso psicológico. Cabe destacar que la violencia psicológica fuese más apoyada por el alumnado con formación (45% frente a 35%), debido seguramente a que conocían la alta incidencia del abuso psicológico en casos de VG, que a nivel europeo afecta aproximadamente a la mitad de las mujeres víctimas de VG⁴⁰, aunque según datos españoles se sitúa alrededor del 20%⁴¹. Entre los casos de VG que nosotros hemos estudiado, como ya se comentó anteriormente, la forma de violencia más frecuente fue la física, pese a que ya hemos señalado que puede ser debido a la particularidad de la muestra. Sin embargo, el alumnado encuestado apenas la señaló (3%), siendo la cifra que se baraja a nivel estatal de casi un 11%⁴¹.

La mayor parte de las opiniones de los participantes sobre la VG eran adecuadas, como que no es aceptable en ninguna circunstancia, a pesar de producirse entre personas conocidas, que la violencia no es algo puntual y que se repetirá en el tiempo, en concordancia con el estudio de *Shearer et al. (2006)*¹⁴⁴. En relación con el carácter continuado de la VG, se ha señalado su carácter cíclico, en tres fases que se repiten en el tiempo, aumentando la intensidad de la violencia²³⁸.

Sobre las opiniones acerca de los agresores, la mayoría señalaron que no consideraban que éstos se arrepintiesen tras una agresión, pero sobre todo no estaban de acuerdo con que tuviesen historial delictivo o se reconociesen fácilmente por ser agresivos en otros aspectos de sus vidas, al igual que en el estudio *Shearer et al.*

(2006)¹⁴⁴. Si atendemos al perfil del agresor descrito por diversos autores, sólo entre el 20-35% tienen antecedentes penales^{108,207,212,239,240}, o un carácter antisocial o agresivo que se pone de manifiesto con parejas anteriores o con otras personas de su entorno^{192,241,242}. Sin embargo, tener antecedentes previos de agresividad se ha considerado un factor de riesgo de VG¹⁸⁶. Por otro lado, la mayor parte del alumnado sí creía que los maltratadores tenían un problema psicológico y que cualquier hombre podía ser un maltratador. El 85% del alumnado de enfermería del estudio de Ferrer *et al.* (2008)¹⁵⁶ señalaron la enfermedad mental entre las características de los agresores. Sin embargo, según la bibliografía consultada, los trastornos mentales en agresores de VG son poco frecuentes, entre un 20-40%^{108,239,242,243}. Cabe destacar, que los resultados de *Fernández Montalvo y Echeburúa* (2008)²⁴⁰ señalan que casi el 87% de los hombres condenados por VG presentaba algún trastorno de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno obsesivo-compulsivo (58%), seguido del trastorno dependiente y el paranoide). Esto indica que a pesar de que determinadas características sean más frecuentes entre maltratadores, no se puede atribuir un claro perfil psicológico o patológico al agresor²⁴⁴, estableciendo que cualquier hombre puede ser un maltratador, debido al modelo cultural de relación de superioridad y control de lo masculino frente a lo femenino⁴.

Con respecto al consumo de sustancias tóxicas por parte de los maltratadores, el alumnado tenía más dudas (neutro 39,5%), lo que concuerda con los datos encontrados en la bibliografía. Hay autores que consideran el consumo de sustancias, en especial el alcohol, un factor de riesgo²¹⁵ para que se produzca VG, pero no una causa directa de la misma²¹⁴, mientras que otros sí establecen una relación causal entre el consumo y la situación de violencia^{210,211,212}. En el estudio de *Arredondo Provecho et al.* (2008)¹⁴², el 68% de profesionales

consideraba que los agresores tenían problemas con el alcohol u otras drogas, y en el estudio de *Bhandari et al. (2008)*¹⁶⁴, el 43% del personal sanitario creía que la VG pararía si el maltratador dejaba de consumir alcohol, al igual que el 35% de los residentes y estudiantes de medicina de la serie de *Sprague et al. (2013)*¹⁴⁶. En el trabajo de *Ferrer et al. (2008)*¹⁵⁶, el 75% del alumnado de enfermería señalaron como principales causas de VG el consumo de alcohol y drogas. En el estudio de *Caravaca et al. (2014)*²⁴⁵, más de la mitad de los agresores condenados consumían alcohol (66%), pero también porcentajes importantes otras sustancias (44% cannabis, 37% cocaína).

El alumnado respondió mayoritariamente que no estaba de acuerdo con que una agresión fuese menos grave si había sido provocada por la víctima, ya que no puede considerarse responsable de la agresión a la mujer maltratada. Sin embargo, todavía hay personas que culpabilizan a las víctimas. En el presente estudio la cifra fue baja (9%), inferior a la de *Ferrer et al. (2008)*¹⁵⁶, en cuya serie el 14% señalaba como causa de la agresión la provocación de la víctima, o el de *Sprague et al. (2013)*¹⁴⁶, en el que el 18% señalaron como culpables tanto a la víctima como al agresor.

Con respecto a las creencias sobre las mujeres que sufren VG, la mayoría pensaba que cualquier mujer podía ser víctima, y que era frecuente que se sintiesen culpables. Aunque los participantes estaban más divididos, predominaron los que creían que las mujeres maltratadas solían tener un carácter pasivo, lo que es contradictorio con la afirmación anterior de que cualquier mujer puede ser maltratada por su pareja. En el estudio de *Bhandari et al. (2008)*¹⁶⁴, el 20% de encuestados señaló la personalidad pasiva y/o dependiente de las víctimas, mientras que el 51% no estaba de acuerdo con esta descripción. En el de *Sprague et al. (2013)*¹⁴⁶, el 41% consideraba que ciertas personalidades favorecían el abuso, y en el trabajo de *Puente Martínez et al. (2016)*⁷⁰, que los sentimientos de culpa y vergüenza

representaban factores de riesgo de sufrir VG. Algo más de la mitad (57%) del alumnado estaba en desacuerdo con que la mayoría de las mujeres maltratadas tuviesen un nivel educativo, económico o social bajo, porcentaje similar al de profesionales de *Arredondo Provecho et al. (2012)*¹⁴⁵, que asociaban la VG a distintas clases sociales por igual. Sin embargo, la literatura describe un predominio de mujeres maltratadas con estas características^{47,94,173,186,187,204}. La baja autonomía de la mujer, sobre todo económica, se considera un factor de riesgo de VG, que aumenta la victimización^{3,70,192,205}. En concordancia con esto, el 58% de profesionales sanitarios del estudio de *Arredondo Provecho et al. (2008)*¹⁴² pensaba que la VG se producía en clases sociales bajas. Se debe insistir en que no existe un perfil de víctima y que cualquier mujer puede llegar a serlo^{89,244}, siendo el carácter pasivo un resultado del proceso de maltrato y la ausencia de ingresos o apoyo social, factores de riesgo⁴.

Si atendemos al sexo del alumnado, hemos podido constatar que las mujeres estaban más convencidas de que la violencia se repetiría en el tiempo y que no era menos grave si la víctima había provocado la situación. Esto último pone de manifiesto que la justificación social de algún tipo de violencia está más respaldada por hombres, en concordancia con *Macías Seda et al. (2012)*²⁴⁶. Por el contrario, los hombres estaban más en contra de que cualquiera pudiese ser un maltratador o de que frecuentemente las víctimas se sintiesen culpables, debido seguramente a que les resultaba más fácil ponerse en el lugar del hombre-agresor que en el de la mujer-víctima.

Teniendo en cuenta las titulaciones, más participantes de enfermería respondieron que no consideraban la VG algo puntual, al contrario que los de derecho, posiblemente ligado al conocimiento, por parte de éstos últimos, de la legislación y de casos denunciados en los que la víctima es agredida de forma ocasional. Asimismo, el alumnado de enfermería fue el que menos creía en el arrepentimiento

de los agresores, contrastando con el de criminología. La presencia de un problema psicológico fue más apoyada por las titulaciones de la rama sanitaria, lo que puede tener relación con la búsqueda de las causas subyacentes a este problema. Los encuestados de las titulaciones sanitarias respaldaron, en mayor medida, que cualquier hombre podía ser un maltratador y que cualquier mujer podía ser víctima de maltrato. Más estudiantes de medicina respondieron que no consideraban que se pudiese reconocer fácilmente a un agresor y que era frecuente que las víctimas se sintiesen culpables.

Las opiniones sobre los motivos por los que las víctimas continúan con los agresores son muy variables en la literatura, aunque la mayoría coinciden en señalar la protección de los/las hijos/as, el miedo a represalias y la dependencia económica como principales causas^{144,172}. En nuestro estudio la opción más señalada fue la protección de los hijos, sobre todo por las mujeres y el alumnado de derecho, concordando con los estudios previamente citados, mientras que la influencia de la sociedad y la protección del agresor fueron las menos puntuadas. La decisión de denunciar a la pareja también se relaciona con la intensidad del abuso, así como con aspectos culturales que rodean a la mujer²⁴⁷. A pesar de la diversidad de motivos o circunstancias que impiden a las mujeres afrontar su situación, como dato esperanzador, también hay estudios²⁴⁸ que describen un alto porcentaje de mujeres (87,5%) que han tomado medidas para dejar atrás la situación de violencia.

La mayor parte (43%) del alumnado consideraba que la víctima era la principal perjudicada ante un caso de VG, seguido muy de cerca por toda la familia (41%). En el estudio de *López Francés (2013)*²³⁶, más del 90% alumnado encuestado consideraba que la VG afectaba a todo el mundo, aunque no se sufriese directamente, sobre todo a los menores, principal colectivo que convive con las mujeres maltratadas^{183,192}. En el nuestro, el alumnado de medicina fue el que

más consideraba a la mujer como única perjudicada, mientras que el de enfermería señaló en mayor medida a toda la familia, probablemente debido al enfoque holístico de su formación. La *LO 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG*⁹ establece que las situaciones de VG contra las mujeres también afectan a los menores, que son considerados víctimas, directa o indirectamente. Del mismo modo, en el *Convenio de Estambul (2011)*² se menciona a los/las niños/as como víctimas de la VD, por ser testigos de la misma.

La mayoría del alumnado refirió conocer los servicios de ayuda para mujeres maltratadas, principalmente el alumnado de criminología, seguido de cerca por el de derecho. Sin embargo, estos datos contrastan con otros estudios realizados entre alumnado y profesionales^{159,172}. En el de *Ramsay et al (2012)*¹⁷², a pesar de que la mayoría (80%) no creía que tuviese un adecuado conocimiento sobre los recursos, más de la mitad (59%) se consideraba capaz de informar a las mujeres a cerca de los servicios comunitarios. En nuestro trabajo, la mayor parte del alumnado no consideraba que las víctimas contasen con suficiente apoyo e información cuando deciden denunciar, sobre todo las mujeres, lo que está en concordancia con las opiniones de profesionales recogidas en la bibliografía^{168,249,250}. Es muy importante una adecuada visibilidad de los servicios de ayuda a víctimas de VG, para lo que resulta transcendental que los/las profesionales sanitarios/as tengan una adecuada formación y sensibilización sobre los mismos, ya que las mujeres acuden en busca de ayuda con mayor frecuencia a los servicios de salud que a otros destinados para este fin, como son los servicios sociales o de denuncia²⁴⁸.

La mayoría de los participantes no pensaba que la VG fuese un asunto privado, sobre todo el alumnado de medicina y criminología, al igual que los profesionales sanitarios del estudio de *Paulin Baraldi et al. (2013)*²⁵¹ y contrariamente al alumnado de enfermería de cursos superiores de *Macías Seda et al. (2012)*²⁴⁶. Consideraban que era

adecuado que el personal sanitario denunciase los casos que atendiese, lo que se corresponde con la literatura^{146,233,236}. De hecho, más del 80% denunciaría un caso aunque la víctima le pidiese no hacerlo. Sin embargo, estos datos contrastan con los del estudio de *Bhandari et al. (2008)*¹⁶⁴, donde más del 80% de los profesionales no creían conveniente la detección obligatoria de VG o no estaban seguros de su conveniencia. Para algunos autores^{130,134,135}, la obligatoriedad de denuncia por parte de este colectivo pone en riesgo la relación con la paciente e incluso, en ocasiones, aumenta el peligro de la mujer o la seguridad del propio profesional. En concordancia con los resultados, cabe comentar que la VG es considerada un delito público, por lo que cualquier persona que sea testigo del mismo debe denunciarlo, siendo la elaboración del PL una obligación legal y deontológica.

En conclusión, podemos afirmar que a pesar de que los datos de formación entre el alumnado universitario eran bajos, elemento fundamental para evitar actitudes erróneas, la mayoría tenía opiniones adecuadas sobre la VG. Las dudas eran más frecuentes a la hora de describir los perfiles de víctima y agresor, que atendían más a creencias y precepciones socialmente aceptadas que a la realidad, ya que no se ha podido determinar un perfil específico para los mismos. Esto pone de manifiesto la necesidad de abordar el tema de la VG más ampliamente en el terreno académico universitario, con el fin de eliminar estereotipos que puedan afectar a la atención de los casos de VG, que serán tratados por el alumnado durante su futura actividad laboral.

5.4 ANÁLISIS DE LAS OPINIONES Y ACTITUDES DE PROFESIONALES SANITARIOS

Como ya hemos mencionado, las opiniones y actitudes de los/las profesionales sanitarios/as son importantes, no sólo a nivel social, sino a la hora de diagnosticar y tratar los casos de VG, frecuentes durante su ejercicio profesional. Las víctimas de maltrato destacan que la falta de conocimientos y comportamientos adecuados condicionan su relación con el personal sanitario¹⁶⁹, por lo que a continuación vamos a comentar las opiniones y actitudes de los participantes en este estudio.

La gran mayoría del personal sanitario encuestado consideraba la VG un problema de salud (89%), que era frecuente en el país (91%), aunque no en el servicio en el que trabajaban (88%), y más de la mitad (56%) refirió haber detectado algún caso durante su práctica profesional, sobre todo aquellos que habían recibido formación en el tema (80 frente a 53%). La consideración de la VG como un problema sanitario está en concordancia con la literatura^{250,251}. Sin embargo, destaca el estudio de *Coll Vinent et al. (2008)*¹⁰⁷, en el que la mayoría de los profesionales consideraban la VG un problema importante, pero no creían que fuese un problema de salud. Lo mismo respondió más de la mitad del personal de enfermería del estudio de *Paulin Baraldi et al. (2013)*²⁵¹. En cuanto a la frecuencia de VG, nuestros resultados concuerdan con los estudios de *Arredondo Provecho et al. (2012)*¹⁴⁵ y del *Ministerio (2015)*²⁵⁰, cuyos participantes manifestaron en su mayoría que la VG era un problema importante, sobre todo el personal médico y de enfermería. Sin embargo, en otros estudios nacionales como el de *Ruiz Navarro et al. (2011)*¹⁶⁸, sólo un 47,5% de los profesionales consideraban frecuente la VG. Con respecto al diagnóstico de casos de VG, los datos de la bibliografía consultada son variables. Algunos estudios arrojan resultados similares a los

nuestros^{133,172}, en cambio otros muestran cifras claramente inferiores (10%)^{152,168,252}.

En cuanto a la formación de los/las profesionales, poco más del 12% refirió haber recibido adiestramiento específico en VG, tratándose sobre todo de personal médico (19 frente a 4%), que cursaron asignaturas durante la carrera. Este porcentaje es muy inferior al obtenido en las encuestas del alumnado que se ha comentado en el apartado anterior, lo que pone de manifiesto la mejoría de los planes de estudio con respecto a la VG. Por otra parte, los datos son similares a los obtenidos en otros estudios^{250,252,253}, incluso si comparamos la mayor formación del personal médico con el de enfermería¹⁴⁵. Sin embargo, otros autores^{162,249,250} ofrecen cifras superiores de profesionales con formación, llegando incluso al 70% en el estudio de *Shearer et al. (2006)*¹⁴⁴. En el estudio de *Ramsay et al. (2012)*¹⁷², la formación fue mayor en los cursos postgrado (41%) que durante la carrera (28%).

La mayoría de los/las profesionales sanitarios/as no consideraban adecuada su formación para atender a las víctimas de VG, por lo que creían conveniente una mejor preparación para afrontar estos casos, lo que está en sintonía con otros autores²⁵⁰. Sin embargo, la bibliografía consultada ofrece distintos resultados, con porcentajes de profesionales que se sentían preparados entre 30-64%^{162,164,168,172,250}. Resulta destacable que en el estudio de *Valdés Sánchez et al. (2016)*¹⁵², a pesar de que el 86% del personal de enfermería refería conocimiento medio-alto, un 67,5% lo consideraba insuficiente.

Más de la mitad (63%) de los encuestados desconocían la existencia del *Protocolo Nacional ante la VG* y, la gran mayoría (93%), no estaba familiarizado con él. Los datos de la bibliografía son variables. En algunos estudios, como los de *Arredondo Provecho et al. (2012)*¹⁴⁵ y *Pascual Benito et al. (2017)*⁸⁸, más de la mitad de los

encuestados (62% y 52%, respectivamente) conocían la existencia del protocolo, pero los porcentajes variaban si hablamos de conocer su contenido, entre un 30% y un 76%, respectivamente. En otros trabajos, en cambio, los resultados fueron incluso inferiores a los nuestros. *Lozano Alcaraz et al. (2014)*²⁵² describe que sólo el 17% de los profesionales conocían la existencia del protocolo; *Bhandari et al. (2008)*¹⁶⁴, que el 73% de los profesionales sanitarios refirieron la inexistencia de protocolos en sus centros sanitarios; y *Ramsay et al. (2012)*¹⁷², que sólo el 9% del personal sanitario tenía familiaridad con las guías de su lugar de trabajo. En el trabajo de *Ruíz Navarro et al. (2011)*¹⁶⁸, más del 60% de los profesionales refirieron no usar ningún protocolo en su práctica habitual. Los/las profesionales con formación previa en VG y que trabajaban en atención primaria, refirieron conocer y tener más familiaridad con dicho documento. En el estudio llevado a cabo por el *Ministerio (2015)*²⁵⁰ entre personal de atención primaria, sólo el 47% de los participantes con formación en VG habían leído el protocolo. También se encontró que el personal de medicina tenía más familiaridad con el documento que el de enfermería. Estos resultados son similares a los descritos por algunos autores^{88,145}, que señalan que los protocolos eran conocidos en mayor medida por el colectivo médico, pero contrastan con *Ramsay et al. (2012)*¹⁷², que encontraron mayor conocimiento entre el personal de enfermería.

Respecto a si el personal sanitario conocía los signos y síntomas de maltrato, los participantes estaban divididos, aunque respondieron que sí un porcentaje ligeramente superior, datos similares a los descritos por *Murillo et al. (2018)*¹⁶². La mayoría de los encuestados no creía que la ausencia de hallazgos físicos descartase el maltrato. De forma similar, en el estudio de *Ramsay et al. (2012)*¹⁷², el 82% del personal médico y el 67% de enfermería creían que era común que las víctimas no tuviesen lesiones. Sin embargo, otros

autores^{145,168} apuntan que más de la mitad de los profesionales, se plantean un diagnóstico de VG ante la presencia de lesiones físicas. El *Protocolo Nacional (2012)*⁴ recomienda estar alerta ante los posibles signos de maltrato, que van más allá de las lesiones que se puedan ver a simple vista.

La mayoría de los participantes consideraba que se debería de emitir el PL en todos los casos, ante una sospecha fundada de maltrato, incluso aunque se tratase de maltrato psicológico, por lo que no estaba de acuerdo en su emisión sólo ante la presencia de lesiones físicas. En el estudio elaborado por el *Ministerio (2015)*²⁵⁰, sólo el 17% de los profesionales de la medicina pensaban en un diagnóstico de VG ante casos de ansiedad, depresión o somatizaciones, y más de la mitad manifestó que realizaría el PL únicamente ante lesiones físicas.

Predominaron los/las profesionales sanitarios/as que conocían la obligación de emitir un PL ante la sospecha de VG, a pesar de que solo el 27% de los mismos lo había emitido alguna vez, sobre todo personal médico y que contaba con formación previa en VG. Las cifras de profesionales que refirieron la emisión de un PL tras un diagnóstico de VG son todavía más inferiores en la literatura consultada, entre un 10% y un 19% según los estudios de *Lozano Alcaraz et al. (2014)*²⁵² y *Arredondo Provecho et al. (2018)*²⁵³, respectivamente. Esto concuerda con los escasos datos de denuncias a través de PL referidos por el *CGPJ*⁴².

Siguiendo los preceptos legales y deontológicos, así como las indicaciones de los protocolos, cualquier responsable de la asistencia sanitaria, que tenga sospecha fundada de maltrato, debe comunicarlo a través del PL. La baja emisión de estos documentos por parte del colectivo enfermero, puede deberse a que deleguen en el personal médico esta obligación. Encontramos datos similares en la bibliografía, con cifras superiores entre el personal de medicina que de

enfermería^{88,152,250}. En contraposición con el presente estudio podemos destacar el trabajo nacional de *Arredondo Provecho et al. (2012)*¹⁴⁵, en el que poco más de la mitad (55%) conocían las obligaciones legales ante la sospecha de VG y apenas el 34% las consecuencias de no declarar el caso. En la misma línea, encontramos el trabajo de *Sprague et al. (2013)*¹⁴⁶, realizado en Canadá, en el que cerca del 70% de residentes y alumnado médico no consideraba que los profesionales sanitarios tuviesen la obligación de comunicar una situación de VG. Hay que señalar que en ese país no es obligatorio denunciar estos casos¹⁶¹, mientras que en Estados Unidos encontramos diferencias entre los estados en lo que se refiere a la obligación de denuncia²⁵⁴. Estos puede tener relación con los resultados de *Shearer et al. (2006)*¹⁴⁴, en el que el 45% de los profesionales no sabía si tenía la obligación de denunciar un caso de VG en su estado.

La mayoría de los participantes creía tener un papel importante en la detección de maltrato, dato similar al encontrado por el *Ministerio (2015)*²⁵⁰. En el estudio de *Bhandari et al. (2008)*¹⁶⁴, el 91% de los encuestados estimaba necesario investigar las causas ante la presencia de lesiones en sus pacientes, pero sólo el 67% consideraba parte de su actividad profesional atender estos casos. Sin embargo, en el trabajo de *Bradley et al. (2002)*⁹², sólo el 20% de las mujeres con lesiones habían sido preguntadas por este tema. El 56% de los que respondieron a la encuesta, estaba en contra de preguntar a todas las mujeres si sufrían algún tipo de maltrato y más del 73%, creía que solo se debería preguntar sobre maltrato cuando existiese una sospecha. Datos similares los encontramos en el estudio de *Ramsay et al. (2012)*¹⁷², en el que más de la mitad respondió que no se debería preguntar a todas las mujeres sobre VG, a pesar de que el 74% pensaba que no se podía diagnosticar un caso sin preguntar directamente a la paciente. La bibliografía consultada muestra resultados dispares, como el estudio de *Rodríguez Blanes et al.*

(2017)²⁴⁹, en el que el 67% de los profesionales indagaron sobre VG entre sus pacientes; y el del *Ministerio (2015)*²⁵⁰, dónde el porcentaje de los participantes que preguntaban directamente con regularidad a sus pacientes fue del 24,5%. Podemos destacar el estudio de *Carlson et al. (2017)*²³⁴, en el que a pesar de que el 83% de los residentes de medicina consideraban muy importante hablar a los pacientes sobre VG, casi la mitad (49%) nunca o rara vez trataba con ellos este tema. *Ramsay et al. (2012)*¹⁷² describen que el 40% de los profesionales nunca o rara vez había preguntado por el maltrato a una mujer con lesiones físicas. En el estudio de *Gutmanis et al. (2007)*¹⁵¹, determinados profesionales sanitarios sólo preguntaban sobre VG si la paciente encajaba en su perfil de mujer maltratada. La importancia de preguntar a las pacientes sobre la VG radica fundamentalmente en disminuir su tiempo de sufrimiento, por lo que el *Protocolo Nacional (2012)*⁴ recomienda preguntar con regularidad sobre este problema.

En el presente estudio, más del 43% de los participantes señalaron el riesgo para la paciente como el principal factor que les dificulta preguntar sobre el maltrato, seguido del temor a ofenderla (41%) y la escasa formación (35%). El riesgo para la paciente al igual que la escasa formación, fueron los factores más señalados entre los/las profesionales sin instrucción previa en VG. El miedo a poner en peligro a la paciente^{146,164}, así como a ofenderla^{146,235,250}, fueron recogidos en algunos estudios consultados como barreras para indagar sobre el maltrato. La falta de conocimientos fue documentada como principal barrera en diversos trabajos^{144,152,168,253}. Otros motivos señalados en la literatura fueron la falta de tiempo^{143,146,148,235} o la falta de privacidad^{143,168}, que en nuestro estudio fueron marcados por alrededor del 30% de los participantes.

Alrededor del 70% de los/las profesionales consideraba que el PL debería emitirse, aunque la paciente no diese su consentimiento previamente o negase el maltrato, lo que está en concordancia con las

respuestas obtenidas del alumnado universitario, comentados en el apartado anterior y con la bibliografía consultada²⁵⁰. Sin embargo, el dilema ético que puede plantearse a los/las profesionales ante esta situación también aparece reflejado y discutido en la bibliografía. Para algunos autores es más importante salvaguardar la salud de la mujer a través del PL, ya que es una prueba del maltrato que sufre o ha sufrido^{131,132}; mientras que para otros la elaboración del documento sin su consentimiento está en contra del derecho a la autonomía de la mujer para tomar sus propias decisiones, así como el derecho a la confidencialidad, dañando la relación entre el profesional y la paciente, e incluso aumentando el riesgo^{130,134,135}. La *OMS (2013)*¹¹⁰ no recomienda la denuncia obligatoria de manera sistemática, a excepción de los casos en los que se considera que la vida de la paciente corre serio peligro. El *Protocolo de actuación sanitaria ante la VG*⁴ señala distintas situaciones, en función sobre todo de la actitud de la mujer ante la denuncia y de la valoración del riesgo, para las que ofrece recomendaciones específicas. La mayoría de los/las profesionales, consideraba adecuado informar a la paciente antes de emitir un PL y creía necesario que la sospecha de maltrato apareciese registrada en la historia clínica. Los hombres se mostraron más en desacuerdo de avisar a la mujer previamente a la elaboración del documento. Los datos de la bibliografía nos indican, también, que la mayoría de los profesionales sanitarios creían importante reflejar sus sospechas en la historia clínica^{172,250}, siguiendo las recomendaciones del *Protocolo Nacional (2012)*⁴.

El 70% de los participantes no pensaba que los profesionales sanitarios tuviesen suficiente información sobre los servicios de apoyo a las víctimas, sobre todo el colectivo de enfermería, y la mitad no consideraba que hubiese buena coordinación entre estos recursos. Datos similares los encontramos entre el alumnado universitario y en la bibliografía consultada^{142,145,168,249,250}. Es importante que los/las

profesionales sanitarios/as cuenten con información adecuada sobre los servicios de ayuda a las víctimas, para aumentar su visibilidad y poder transmitirla a toda mujer maltratada, de manera que pueda continuar la cadena de apoyo, como se recoge en el *Protocolo Común (2012)*⁴.

Respecto a la opinión de los/las profesionales acerca del colectivo que más denuncia los casos de VG, la mayor parte señaló a los familiares de las víctimas (61%), seguido de las amistades (41%). Sin embargo, según datos del CGPJ⁴², las denuncias presentadas por familiares directamente en los juzgados durante el 2018 fueron menos del 1%, lo que concuerda con Vázquez Portomeñe (2018)²⁵⁵ (1,21%), a pesar de que el entorno familiar es frecuentemente testigo directo o indirecto de la situación. Esta reticencia puede explicarse no sólo por aspectos socio-culturales, sino también por el miedo a la desestructuración familiar. Existen pocos estudios que traten las denuncias por VG, más allá de las interpuestas por las propias mujeres, cifradas en casi un 3% si hablamos de denuncias presentadas en el juzgado, según datos del CGPJ⁴² en 2018, y que suponen la prueba más directa para la incriminación del agresor. La denuncia a través de la víctima fue señalada por más del 32% de nuestros participantes, mientras que las denuncias procedentes del personal sanitario, a través de los PL, fueron menos respaldadas (26%), sobre todo en lo que respecta al personal de enfermería (17,5%). En el estudio de Ansara y Hindin (2010)⁹¹, fue muy común entre las víctimas la comunicación del maltrato a familiares o amigos, aumentando la declaración a profesionales de salud o policía, entre otros, según aumentaba la gravedad de la violencia.

En conclusión, podemos afirmar que los/las profesionales sanitarios/as que participaron en el estudio manifestaron menor formación y conocimiento sobre VG que el alumnado universitario encuestado, por lo que es coherente que la mayoría no se considerasen

preparados para tratar este problema durante su actividad laboral, o que no conociesen los protocolos o los recursos disponibles para ayudar a las víctimas. Esto refleja un grave problema, la respuesta a las víctimas de VG, que acuden con frecuencia a los servicios sanitarios en busca de ayuda y orientación, puede estar claramente comprometida. Además, la escasa formación también puede explicar los bajos datos de elaboración de PL, a pesar de conocer su obligatoriedad, así como la reticencia a preguntar a las mujeres sobre la VG o la poca consideración a la opinión de la víctima antes de elaborar el documento. Todo ello puede suponer un perjuicio para la paciente, aumentando el tiempo de sufrimiento a través de la infradetección, o su victimización al no tenerla en cuenta para la comunicación del maltrato. Los/las profesionales encuestados/as tenían más clara la importancia de la VG en nuestra sociedad y su papel en ella, así como la transcendencia de la violencia psicológica y la ausencia de hallazgos físicos. Todo lo expuesto pone de manifiesto la necesidad de aumentar la formación del personal sanitario en el ámbito de la VG, con el fin de mejorar la atención sanitaria a las mujeres que sufren maltrato.

5.5 CONSIDERACIONES FINALES

Como se ha comentado a lo largo de este trabajo, la comunicación obligatoria de una situación de VG, por parte de los/las profesionales sanitarios/as a través del PL, es un tema controvertido en la literatura, con defensores y detractores de esta medida. Según la *OMS (2013)*¹¹⁰, la denuncia no debería ser obligatoria, excepto ante situaciones de grave riesgo. En España, la legislación vigente^{28,116} y el *Código de Deontología Médica*¹¹⁷ obligan a comunicar los hechos a la autoridad judicial. Sin embargo, los protocolos^{4,115} de actuación en el ámbito sanitario matizan este carácter preceptivo, incluyendo directrices que tienen en cuenta, sobre todo, el riesgo y la actitud de la paciente.

Los resultados de las encuestas reflejan que la mayor parte del alumnado universitario y de los/las profesionales sanitarios/as apoyan la elaboración del PL, incluso en contra de la voluntad de la paciente. Puede ser un indicio del rechazo a la violencia y la necesidad de que los/las profesionales implicados/as actúen. Sin embargo, las estadísticas⁴² muestran que las denuncias por profesionales en casos de VG son escasas. Asimismo, sus respuestas reflejan un gran desconocimiento y poca familiaridad con los protocolos, aspecto importante para conocer qué hacer y cómo hacerlo. Además de la notificación, una función importante de los/as profesionales sanitarios/as es proporcionar ayuda e información a las pacientes. Estos resultados están en concordancia con las deficiencias encontradas en los PL analizados, que carecían de información importante, reflejando ignorancia sobre la transcendencia de este documento.

Cuando la mujer manifiesta su oposición a que se emita el PL, tendemos a afrontar la situación como un dilema con sólo dos opciones contrapuestas: elaborarlo y enviarlo, o lo contrario. No se

contemplan otras opciones posibles que pueden ser más adecuadas a la situación concreta. Estamos ante un conflicto, donde se enfrentan el respeto al principio de autonomía (respetar la decisión de la mujer) y el principio de no-maleficencia (protegerla, comunicando los hechos). Por un lado, está en juego la relación de confianza médico-paciente si no se respeta su voluntad. Y, por otro lado, el compromiso con la sociedad, que puede percibir que se ignora el maltrato si no se toman medidas al respecto. Sin embargo, antes de tomar una decisión, debemos tener en cuenta diversos factores en cada caso particular.

Si atendemos a uno de los métodos más extendidos en ética médica para la toma de decisiones en casos difíciles²⁵⁶, el primer paso es analizar los hechos, exponiendo los problemas planteados con sus peculiaridades, a continuación, analizar las posibles acciones e intervenciones, con sus respectivas consecuencias. Valorando estas consecuencias, se debe procurar no hacer más daño que el que se pretende evitar, lo cual permite excepciones a la norma (ética de la responsabilidad). Las excepciones se hacen en función de la probabilidad y gravedad de las consecuencias, teniendo que ser debidamente justificadas, y empleadas como último recurso.

Ante casos de VG en los que la mujer no quiera que se comunique su situación y esté plenamente capacitada para tomar sus propias decisiones, antes de emitir el PL los/las profesionales deberían valorar factores sustanciales como son la gravedad de las lesiones o la percepción de peligro para la mujer u otras personas. Si esta situación se plantea, obviamente hay que notificar. En el caso de no percibir riesgo extremo, debería considerarse respetar la autonomía de la mujer, haciendo un balance de riesgos y beneficios, informándola de alternativas y consecuencias, a través de una actuación multidisciplinar. Es importante trabajar con la mujer en su proceso de cambio, respetando sus tiempos, de una manera deliberativa, apoyándola y acompañándola, no imponiendo decisiones ni siendo un

mero informador. Esto no significa que se esté ignorando la norma general de notificar, sino que en algunos casos se difiere esta obligación al momento oportuno, en función de las particularidades del mismo.

En ocasiones, el contexto y las circunstancias de la mujer pueden ser determinantes, como ocurre cuando la afectada vive en el rural, en un núcleo pequeño, o cuando se encuentra en una situación de vulnerabilidad especial, como ser migrante en situación irregular o ser una mujer mayor que lleva “soportando” los malos tratos durante gran parte de su vida y no quiere hacer nada. Las medidas del *Pacto de Estado*³⁴ contra la VG incluyen elaborar protocolos o implementar medidas específicas en estos casos. Entre ellas se deberían contemplar consideraciones sobre la elaboración de los PL. De todos modos, ninguna guía va a sustituir la responsabilidad final de la decisión, que recae en el profesional.

Todo lo anterior indica que el personal sanitario precisa formación sobre las manifestaciones y las pautas de actuación en los casos de VG. Además, para actuar de manera segura y responsable, es importante que conozcan sus obligaciones profesionales y como gestionar los problemas éticos que inevitablemente se presentan en la práctica clínica. Todo ello facilitará la toma de decisiones en casos difíciles, mejorando la calidad asistencial.

5.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta.

5.6.1 Valoración de los partes de lesiones

En primer lugar, el carácter retrospectivo del estudio junto con la escasa y, en ocasiones, mala cumplimentación de los documentos, son responsables de la ausencia de datos en algunas variables, lo que no nos permitió determinar ciertas características de víctima y agresor, ni tampoco recabar información relativa a la agresión y su contexto, que nos hubiera permitido conocer mejor los casos de VG. En segundo lugar, los resultados del análisis descriptivo pueden no ser representativos de la población general de mujeres maltratadas debido a los propios criterios de inclusión. Los casos de estudio fueron aquellos en los que se había presentado un PL o informe médico en el juzgado y, como es bien sabido, hay mujeres que sufren VG y no acuden a los servicios sanitarios, y si lo hacen, el personal sanitario no siempre realiza el PL. Además, sólo tuvimos acceso a los casos registrados en determinados juzgados del área territorial de Pontevedra, ya que no todos participaron en el estudio. La búsqueda manual de documentos y su posterior revisión, dificultaron y retrasaron la recogida de información.

A pesar de estas limitaciones, el análisis de los documentos nos ha permitido conocer las características de la VG que motiva la realización de un PL y su remisión al juzgado. Además, el trabajo presentado aporta información detallada sobre la calidad de un número importante de PL e informes médicos. La valoración de los documentos nos ha permitido conocer deficiencias en su elaboración, en las que es preciso incidir para poder corregirlas. Sería interesante

realizar una comparación con PL elaborados en casos de VG pertenecientes a otros partidos judiciales, tanto del ámbito autonómico como nacional.

5.6.2 Opiniones y actitudes ante la violencia de género

Si atendemos a las encuestas del alumnado y profesionales sanitarios, los resultados pueden no ser representativos de estos colectivos, debido a los criterios de inclusión y exclusión, pero también al carácter voluntario de las encuestas. Puede haber un sesgo de personas que se muestran más inclinadas a participar en estos estudios y las que no, especialmente teniendo en cuenta la sensibilidad social con este tema. En este sentido, la mayor participación del alumnado universitario reduce el sesgo por este motivo entre este colectivo. Además, las respuestas pueden estar relacionadas con diferencias curriculares, y condicionadas por motivos sociales y culturales, por lo que no se puede garantizar que los datos obtenidos en este estudio sean extrapolables a profesionales de otras áreas sanitarias. Asimismo, pudo existir la inclinación a responder de la forma más aceptada socialmente. En este sentido, se trató de disminuir esta posibilidad a través del carácter anónimo de las encuestas y de la formulación de enunciados en lugar de preguntas directas.

A pesar de estas limitaciones, el resultado de las encuestas muestra la necesidad de corregir opiniones y actitudes erróneas sobre la VG, desde la universidad hasta la formación continuada en la etapa profesional. Sería importante conocer las actitudes y creencias del alumnado universitario y profesionales sanitarios en otras zonas, lo que nos ayudaría para enfocar correctamente los planes de estudio y la formación específica en VG.

6. Conclusiones





6. CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio se han podido extraer las siguientes conclusiones:

- 1) Las características predominantes de la VG muestran que afecta sobre todo a mujeres menores de 50 años, casadas, de nacionalidad española y con trabajo remunerado. El maltrato se suele producir en el ámbito privado, durante la noche, en forma de violencia física, ocasionando contusiones múltiples, sobre todo en miembros superiores y cara. El 70% de las mujeres buscaron asistencia médica el mismo día de la agresión, principalmente en los servicios de PAC, con pronóstico leve.
- 2) Los/las profesionales comunicaron los hechos utilizando un PL en el 67% de los casos e informes médicos en el restante 33%. La valoración de los documentos mostró que predominaron los de calidad media, con deficiencias en la cumplimentación de datos importantes (filiación del agresor, ciertas características de las lesiones, agresiones previas, si la paciente acude sola, testigos, otros agredidos) para la actuación posterior judicial y forense.
- 3) Los PL normalizados, elaborados en el ámbito de atención primaria, fueron los mejor cumplimentados, lo que pone de manifiesto la importancia de contar con un documento estándar para una correcta comunicación del caso. Asimismo, refleja que es preciso una mayor formación y sensibilización, sobre todo en el ámbito hospitalario, para responder de forma adecuada ante la VG.
- 4) Más de la mitad del alumnado universitario refirió haber recibido formación, casi siempre con carácter obligatorio, sobre todo en las titulaciones de criminología y derecho. La mayoría tenía opiniones adecuadas sobre la VG, mostrando algunas ideas erróneas sobre

los perfiles de víctima y agresor, que atendían más a creencias y precepciones socialmente aceptadas que a la realidad.

- 5) Los/las profesionales sanitarios/as refirieron menor formación y conocimiento sobre VG que el alumnado, sobre todo el personal de enfermería. La mayoría no se consideraban preparados para tratar este problema y no conocían los protocolos o los recursos disponibles para ayudar a las víctimas, aunque creían que tenían un papel fundamental en la detección de los casos. Los/las profesionales de atención primaria refirieron mayor conocimiento y familiaridad con el protocolo de actuación.
- 6) El apoyo del alumnado a la notificación de estos casos fue prácticamente unánime, incluso aunque la víctima se manifestase en contra. De igual forma, el 90% de los/las profesionales consideraba obligatorio emitir un PL ante la sospecha de VG y el 70% consideraba que debería emitirse, aunque la paciente no diese su consentimiento o negase el maltrato.
- 7) Los resultados muestran que la respuesta a las mujeres maltratadas que buscan ayuda médica podría estar claramente comprometida, poniendo de manifiesto la necesidad de abordar el tema de la VG más ampliamente en el terreno académico universitario y mejorar la formación del personal sanitario, con el fin de eliminar estereotipos y mejorar la atención de las afectadas.
- 8) Para actuar de manera responsable y segura ante la VG, es importante que el personal sanitario conozca sus obligaciones profesionales, que incluyen los aspectos legales y éticos de la práctica clínica, lo que facilitará la toma de decisiones en casos difíciles, mejorando la calidad asistencial.

7. Bibliografía





7. BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104, de 20 de diciembre de 1993.
2. Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Serie de Tratados del Consejo de Europa, nº 210. Estambul; 2011.
3. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002; 359: 1423-1429.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Gobierno de España). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Informes, Estudios e Investigación 2012. Madrid; 2012.
5. Krantz G, García-Moreno C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 818-821.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.022756>
6. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002; 359: 1232-1237.
7. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Declaración y Plataforma de acción de Beijing, Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. Nueva York; 2014.
8. Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Öhman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health*. 2013; 13: 1162.
Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1162>
9. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado (España), 313, de 29 de diciembre de 2004.
10. Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. Boletín Oficial del Estado (España), 226, de 20 de septiembre de 2007.

11. García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C, Who Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence; findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368 (9543): 1260-1269.
12. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Switzerland; 2013.
13. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979.
14. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia mundial para el examen y la evaluación de los logros del decenio de las Naciones Unidas para la mujer. Nairobi; 1985.
15. Vives Cases-C, Ortiz-Barreda G, Gil-González D. Mapping violence against women laws in the world: an overview of state commitments. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64(6): 473-474.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.084855>
16. Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Género y Salud). Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Washington; 2004.
17. Council of Europe. The protection of women against violence. Recommendation N° R (2002)5 of the Committee of Ministers and Explanatory Memorandum. Strasbourg; 2004.
18. United Nations. Expert group meeting organized by United Nations Division for the Advancement of Women United Nations Office on Drugs and Crime. Good practices in legislation on violence against women. Vienna; 2008.
19. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Legislation on violence against women: overview of key components. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(1): 61-72.
20. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit*. 2012; 26 (5): 483-489.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.027>

21. Estados miembros de la Unión Europea. Tratado de Ámsterdam, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. Luxemburgo; 1997.
22. Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo. Diario Oficial de la Unión Europea, de 25 de octubre de 2012.
23. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Boletín Oficial del Estado (España), 137, de 6 de junio de 2014.
24. Council of Europe. Treaty Office. Chart of signatures and ratifications of Treaty 210 [Internet] [Última consulta: 15/09/2019]. Strasbourg; 2019. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/fulllist/conventions>
25. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado (España), 311, de 29 de diciembre de 1978.
26. Ley Orgánica de 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado (España), 71, de 23 de marzo de 2007.
27. Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (España), 148, de 22 de junio de 1989.
28. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (España), 281, de 24 de noviembre de 1995.
29. Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Boletín Oficial del Estado (España), 138, de 10 de junio de 1999.
30. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. Boletín Oficial del Estado (España), 234, de 30 de septiembre de 2003.
31. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (España), 283, de 26 de noviembre de 2003.

32. Ley Orgánica 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica. Boletín Oficial del Estado (España), 183, de 1 de agosto de 2003.
33. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (España), 77, de 31 de marzo de 2015.
34. Boletín Oficial de Las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, serie D, 200, de 8 de agosto de 2017 (cve: BOCG-12-d-200).
35. Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia. Boletín Oficial del Estado (España), 101, de 28 de abril de 1981.
36. Ley 7/2004, de 16 de julio, gallega para la Igualdad de Mujeres y Hombres. Diario Oficial de Galicia, 149, de 3 de agosto de 2004. Boletín Oficial del Estado (España), 228, de 21 de septiembre de 2004.
37. Ley 2/2007, de 28 de marzo, de Trabajo en Igualdad de las Mujeres de Galicia. Diario Oficial de Galicia, 72, de 13 de abril de 2007. Boletín Oficial del Estado (España), 119, de 18 de mayo de 2007.
38. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. Diario Oficial de Galicia, 143, de 24 de julio de 2008. Boletín Oficial del Estado (España), 202, de 21 de agosto de 2008.
39. Asamblea General de las Naciones Unidas. Conferencia Mundial del año internacional de la Mujer. México; 1975.
40. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA). Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Luxemburgo; 2014.
41. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Gobierno de España). Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid; 2015.
42. Consejo General del Poder Judicial. Observatorio contra la violencia doméstica y de género. [Internet]. [Última consulta: 15/04/2019]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/>
43. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de género. Estadística de Víctimas Mortales por

- Violencia de Género [Internet]. [Última consulta: 30/08/2019]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>
44. Patró Hernández R, Limiñana Grass RM. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *An Psicol.* 2005; 21(1): 11-17.
 45. Cabrera Mercado R, Carazo Liébana MJ. Ministerio de Igualdad (Gobierno de España). Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género. Madrid; 2010.
 46. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario [Internet]. [Última consulta: 15/07/2018]. Junio, 1998.
Disponible en: https://www.who.int/gender/violence/violencia_info
 47. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens Health Issues.* 2004; 14(1): 19-29.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2003.12.002>
 48. Simón C, Moreno S. La violencia familiar pasa a la consulta. *Diario Médico*, 19 de julio de 2006.
 49. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrel D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *Am J Prev Med.* 2006; 30(6): 458-466.
 50. Coker AL, Watkins KW, Smith PH, Brandt HM. Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Prev Med.* 2003; 37 (3): 259-267.
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0091-7435\(03\)00122-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00122-1)
 51. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, López-Abisab SB, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria.* 2004; 34(3): 117-127.
 52. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002; 359: 1331-1336.
 53. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to Violence. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(12): 1668-1673.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0389-8>

54. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control. Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta; 2003.
55. Acevedo BP, Lowe SR, Griffin KW, Botvin GJ. Predictors of intimate partner violence in a sample of multiethnic urban young adults. *J Interpers Violence*. 2013; 28 (15): 3004-3022.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260513488684>
56. Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 1157-1163.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>
57. Rodríguez Calvo MS, Vázquez-Portomeñe Seijas F, editores. La violencia contra la mujer. Abordaje asistencial, médico-legal y jurídico. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2014.
58. Castellano Arroyo M, Aso Escario J, Cobo Plana JA, Martínez Jarreta B. Datos médico-forenses de 1485 agresiones denunciadas por mujeres. *Rev Esp Med Leg*. 1998; XXII (84-85): 24-30.
59. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010; 11(2): 71-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838010367503>
60. Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns from intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2007; 8(3): 281-289.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838007303504>
61. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J prev Med*. 2002; 23 (4): 260-268.
62. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit*. 2014; 28 (2): 102-108.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
63. Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences and intervention. *Med Clin N Am*. 2015; 99: 629-649.

64. Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain*. 2008; 9 (11): 1049-1057. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2008.06.009>
65. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122 (12): 461-467.
66. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health*. 2007; 17(5): 437-443.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckl280>
67. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic diseases and health risk behaviours associated with intimate partner violence- 18 US states/territories, 2005. *Ann Epidemiol*. 2008; 18(7): 538-544.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2008.02.005>
68. Bauer HM, Gibson P, Hernández M, Kent C, Klausner J, Bolan G. Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis*. 2002; 29 (7): 411-416.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00007435-200207000-00009>
69. Devries KM, Sunita K, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, García-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *SRHM*. 2010; 18 (36): 158-170.
70. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por las mujeres en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *An Psicol*. 2016; 32(1): 295-306.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>
71. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health*. 2003; 93(7): 1089-1097.
72. Domínguez Fuentes JM, García Leiva P, Cuberos Casado I. Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *An Psicol*. 2008; 24(1): 115-120.
73. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. *J Women Health Gend Based Med*. 2000; 9 (9): 1015-23.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/15246090050200051>

74. Matud Aznar MP. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*. 2004; 16(3): 397-401.
75. García Torrecillas JM, Torío Durántez J, Lea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detección de la violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 2008; 40 (9): 455-461.
76. Bonomi A, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychological diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*. 2009; 169 (18): 1692-1697.
77. Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, de Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*. 2007; 19 (3): 459-466.
78. Petersen R, Gazmararian J, Clark KA. Partner violence: implications for health and community settings. *Womens Health Issues*. 2001; 11 (2): 116-125. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(00\)00093-1](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(00)00093-1)
79. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999; 14 (2): 99-132.
80. Lafaurie-Villamil MM, Cuadros-Salazar LL, García-Bocanegra PA, Hernández Ayala IJ, Pulido-Espinosa JS, Reynales-Triana LF, et al. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Rev ciencia cuidad*. 2015; 12 (2). 100-116.
81. Delegación del Gobierno para la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Gobierno de España). Sobre la inhibición a denunciar de las víctimas de violencia de género. Madrid; 2015.
82. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *J Interpers Violence*. 2006; 21 (7): 955-968. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260506289178>
83. Gielen AC, McDonnell KA, O'Campo PJ, Burke JG. Suicide risk and mental health indicators: Do they differ by abuse and HIV status? *Womens Health Issues*. 2005; 15 (2): 89-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2004.12.004>
84. Barbosa de Oliveira J, Pereira Lima MC, Odete Simão M, Braga Cavariani M, Marcassa Tucci A, Kerr-Corrêa F. Violência entre parceiros íntimos e álcool:

- prevalencia e fatores associados. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 26 (6): 494-501.
85. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2013; 109: 379-391. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/add.12393>
 86. Gilbert L, El-Bassel N, Chang M, Wu E, Roy L. Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychol Addict Behav*. 2012; 26 (2): 226-235. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/a0025869>
 87. Pico-Alfonso M, Echeburúa E, Martínez M. Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *J Fam Viol*. 2008; 23: 577-588. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-008-9180-9>
 88. Pascual-Benito MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas. *RIECS*. 2017; 2 (2): 32-44.
 89. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36 (3): 104-109.
 90. Organización Mundial de la Salud. 49ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 20-25 de mayo de 1996.
 91. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. 2010; 70 (7): 1011-1018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009>
 92. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324: 1-6.
 93. Richardson JO, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324: 1-6.
 94. Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, Subramanian SV. Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: a population-based study of women in India. *Am J Public Health*. 2008; 98 (3): 507-514.

95. Al-Atrushi HH, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. *BMC Womens Health*. 2013; 13 (37): 1-9.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-13-37>
96. Tanimu TS, Yohanna S, Omeiza S. The pattern and correlates of intimate partner violence among women in Kano, Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016; 8(1): 1-6.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1209>
97. Sandoval-Jurado L, Jiménez Báez MV, Rovira Alcocer G, Vital Hernández O, Pat Espada FG. Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Aten Primaria*. 2017; 49(8): 465-472. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.013>
98. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2007; 32 (2): 89-96.
99. Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, Madden K, et al. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *VAW*. 2014; 20 (1): 118-136. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801213520574>
100. Bhandari M, Sprague S, Dosanjh S, Petrisko B, Resendes S, Madden K, et al. The prevalence of intimate partner violence across orthopedic fracture clinics in Ontario. *J Bone Joint Surg Am* 2011; 93 (2): 132-141.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.I.01713>
101. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and non-physical intimate partner violence. *HSR*. 2009; 44(3): 1052-1067.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.00955>
102. Chibber KS, Krishnan S. Confronting intimate partner violence, a global health care priority. *Mt Sinai J Med*. 2011; 78(3): 449-457.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/msj.20259>
103. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar M, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra la mujer en España. *Gac Sanit*. 2010; 24: 128-135.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.10.014>

104. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco J, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar M, et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006; 20(3): 202-208.
105. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Grupo de Estudio para la Violencia de Género. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit.* 2008;(6): 527-533.
106. González Morga N, García Guillamón G, Brando Asensio I. Prevalencia y perfil sociodemográfico del maltrato psíquico, físico y sexual en las pacientes de urgencias en la región de Murcia. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa.* 2014; 57: 156-173.
107. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Milla J, Santiñá M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008; 22 (1): 7-10.
108. Regueira-Diéguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz-Barús JL, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *J For Leg Med.* 2015; 34: 119-126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2015.05.012>
109. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *AJPH.* 2000; 90 (9): 1416-1420.
110. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Switzerland; 2013.
111. Martínez Galiano JM. Importancia del sistema sanitario en la detección de casos de violencia de género. *ENE.* 2010; 4 (2): 19-23. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista>
112. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 2012; 156 (11): 796-808. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447>
113. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in health care settings (review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007007>

114. Cano Martín LM, Berrocoso Martínez A, de Arriba Muñoz L, de Quirós Lorenzana RB, Alamar Provecho JD, Cardo Maza A. Prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a consultas de atención primaria. *Rev Clin Med Fam.* 1010; 3 (1): 10-17.
115. Xunta de Galicia (Consellería de Sanidade), Servizo Galego de Saúde. Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero. Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Galicia; 2009.
116. Real Decreto, de 14 de septiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento criminal. *Boletín Oficial del Estado (España)*, 260, de 17 de septiembre de 1882.
117. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. 2011.
118. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado (España)*, 222, de 16 de septiembre de 2006.
119. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado (España)*, 274, de 15 de noviembre de 2002.
120. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado (España)*, 294, de 6 de diciembre de 2018.
121. Arroyo Fernández A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Aten Primaria* 2000; 26 (4): 255-260.
122. Arce R. El sistema de evaluación global en casos de violencia de género: huella psíquica y testimonio. *Información psicológica.* 2010; 99: 19-35.
123. Rodríguez Boente SE. La prueba en los supuestos de violencia de género. *Τέλος.* 2011; XVIII/1-2: 231-246.
124. Casas Sánchez JD, Rodríguez Albarrán MS. Valoración médico-forense de la mujer maltratada. *Rev Esp Med Legal.* 2010; 36(3): 110-116.

125. Muñoz JM, Echeburúa E. Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anu Psicol Jurid.* 2016; 26: 2-12.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.10.001>
126. Castellano Arroyo M. La violencia familiar y de género: un compromiso de todos. *Actual Med.* 2017; 102 (800): 5-6.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15568/am.2017.800.ed01>
127. Bugarín González R. Violencia de Género. Aspectos éticos en la atención primaria. Santiago de Compostela: Editora Andavira; 2017.
128. García Minguito L, Casas Sánchez JD, Rodríguez Albarrán MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gac Sanit.* 2012; 26(3): 256-260.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.025>
129. Larrauri E. ¿Por qué retiran las mujeres maltratadas las denuncias? *Revista de derecho penal y criminología.* 2003; 12: 271-307.
130. Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit.* 2007; 21(4): 273-7.
131. Lorente Acosta M. Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias.* 2008; 20: 191-197.
132. Thomas I. Against the Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence. *Virtual Mentor.* 2009; 11(2): 137-140.
133. Rojas Loría K, Gutiérrez Rosado T, Alvarado R, Fernández Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Primaria.* 2015; 47 (8): 490-497. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.008>
134. Palomo Pinto M. Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato ¿Debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? *Semergen.* 2004; 30(2): 68-71.
135. Sachs CJ. Mandatory reporting of injuries inflicted by intimate partner violence. *Virtual Mentor.* 2007; 9(12): 842-845.
136. Castro Vila C, Adalid Villar C. Un paciente no quiere que realicemos un parte de lesiones ante una situación de violencia de género. *FMC.* 2010; 17(4): 232-234. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072 \(10\)70094-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072 (10)70094-3)

137. Catelló A, France´s F, Verdú F. Juridical report of lesions: use and abuse. *Med Clin (Barc)*. 2012; 139 (2): 82-83.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.02.015>
138. Iavicoli LG. Mandatory reporting of domestic violence: the law, friend or foe? *Mt Sinai J Med*. 2005; 72 (4): 228-231.
139. Bugarín-González R, Bugarín-Diz C. Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. *Semergen*. 2014; 40 (5): 280-285.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.011>
140. Barbero Gutiérrez J. El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética. En: Ruíz-Jarabo Quemada C, Blanco Prieto P, editores. *La violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz de Santos; 2004.p.225-239.
141. Baidés Noriega R. Violencia de género: papel de enfermería en la prevención secundaria desde atención primaria. *Enferm Global*. 2018; 51: 485-496.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>
142. Arredondo-Provecho AB, Del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enferm Clin*. 2008; 18 (4): 175-182.
143. Castanedo Córdoba IM. ¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre violencia de género? *Evidentia*. 2016; 13 (54).
144. Shearer HM, Forte ML, Dosanjh S, Mathews DJ, Bhandari M. Chiropractors' perceptions about intimate partner violence: a cross-sectional survey. *JMPT*. 2006; 29 (5): 386-392.
Disponible en: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.jmpt.2006.04.010>
145. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86 (1): 85-99.
146. Sprague S, Kaloty R, Madden K, Dosanjh S, Mathews DJ, Bhandari M. Perceptions of intimate partner violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students. *J Inj Violence Res*. 2013; 5 (1): 1-10.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5249/jivrv5i1.147>

147. De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Investigación. 2005; 15: 1-10.
148. Colarossi L, Breitbart V, Betancourt G. Barriers to screening for intimate partner violence: a mixed-methods study of providers in family planning clinics. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010; 42 (4): 236-243.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1363/4223610>
149. Fernández Raigada RI, Santos Granda MI, Diz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Rubio Domínguez J, Chamizo Vega C. Percepción de los profesionales sanitarios sobre sus conocimientos y actitudes en relación a la violencia de género. *Paraninfo digital*. 2016; 25: 1-13.
Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/013.php>
150. Jaffee KD, Epling JW, Grant W, Ghandour RM, Callendar E. Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *J Womens Health*. 2005; 14 (8): 713-720.
151. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen N, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007; 7 (12): 1-11.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-7-12>
152. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten primaria*. 2016; 48 (10): 623-631.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
153. Ruiz-Pérez I, Blanco-Pietro P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*. 2004; 18(5): 4-12.
154. Ferreira Acosta D, de Oliveira Gomes VL, de Oliveira DC, Calcagno Gomes G, Dora da Fonseca A. Ethical and legal aspects in nursing care for victims of domestic violence. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26 (3): 1-9.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>
155. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham N, Bhandari M, y Goslings JC. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012; 52: 587-605.
Disponible en: <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>

156. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica Salud*. 2008; 19 (1): 59-81.
157. Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública Mex*. 2005; 47 (2): 134-144.
158. Siendones-Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbacho C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14: 224-232.
159. Everett RJ, Kingsley K, Demopoulos CA, Herschaft EE, Lamun C, Moonie S, et al. Awareness and beliefs regarding intimate partner violence among first-year dental students. *JDE*. 2013; 77 (3): 316-322.
160. Frank E, Elon L, Saltzman LE, Houry D, McMahon P, Doyle J. Clinical and personal intimate partner violence training experiences of U.D. Medical Students. *J Womens Health*. 2006; 15 (9): 1071-1079.
Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.1071>
161. McColgan MD, Cruz M, McKee J, H. Dempsey SH, Davis MB, Barry P, et al. Results of a multifaceted intimate partner violence training program for pediatric residents. *Child Abuse Negl*. 2010; 34(4): 275-283.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.008>
162. Murillo P, San Sebastián M, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. *Gac Sanit*. 2018; 32 (5) 433-438.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.003>
163. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Family Practice*. 2012; 0: 1-8.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cms008>
164. Bhandari M, Sprague S, Tornetta P, D'Aurora V, Schemitsch E, Shearer H, et al. (Mis) Perceptions about intimate partner violence in women presenting for orthopedic care: a survey of Canadian orthopedic surgeons. *J Bone Joint Surg Am*. 2008; 90: 1590-1597.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.G.01188>

165. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006; 166 (1): 22-37.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.1.22>
166. Martínez León M. Valoración médico-legal de la violencia: de la violencia intrafamiliar a la violencia de género. *An Real Acad Med Cir Vall*. 2015; 52: 101-117.
167. Atmetlla Andreu J, Babi Rourera P, Calleja Vega C, de Castro Vila C, Díez Fuentes E, Espuga García M, et al. (Grupo de violencia de género y atención primaria y grupo de ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la atención primaria de salud. Barcelona; 2013.
168. Ruiz Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? *Enferm Integral*. 2011; 93: 8-14.
169. Kulkarni SJ, Bell H, Rhodes DM. Back to basics: essential qualities of services for survivors of intimate partner violence. *VAW*. 2012; 18 (1): 85-101.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212437137>
170. Chang JC, Dado D, Hawker L, Cluss PA, Buranosky R, Slagel L, et al. Understanding turning points in intimate partner violence: factors and circumstances leading women victims toward change. *J Womens Health*. 2010; 19 (2): 251-259. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089=jwh.2009.1568>
171. R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.
Disponible en: <http://www.R-project.org/>
172. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012; 62 (602): e647-e655.
173. Fernández-Romero E, Espino Pérez R, Aguilera Peña M, Pablo Vázquez MD, Galán Doval CJ, Recio Ramírez JM. Violencia doméstica atendida en urgencia de un hospital comarcal: características sociodemográficas de víctima y agresor. *Emergencias*. 2008; 20: 164-172.

174. Labrador Encinas FJ, Fernández-Velasco MR, Rincón P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema* 2010; 22 (1): 99-105.
175. Alzahrani TA, Abaalkhail BA, Ramadan IK. Prevalence of intimate partner violence and its associated risk factors among Saudi female patients attending the primary healthcare centers in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2016; 37(1): 96-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15537/smj.2016.1.13135>
176. Domínguez Fernández M, Martínez Silva IM, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez Calvo MS. Features and consequences of gender violence: study of cases confirmed by a conviction. *Rev Esp Med Legal.* 2017; 43(3): 115-122.
177. Dhairyawan R, Tariq S, Scourse R, Coyne KM. Intimate partner violence in women living with HIV attending an inner-city clinic in the UK: prevalence and associated. *HIV Medicine.* 2013; 14: 303-310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/hiv.12009>
178. Bosch Fiol E, Ferrer Pérez VA. Mujeres maltratadas: Análisis de características sociodemográficas, de la relación de pareja y del maltrato. *Interven Psicosocial.* 2003; 12(3): 325-344. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818049005>
179. Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health.* 2010; 10 (268): 1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-268>
180. De Magalhães Dourado S, Vilar Noronha C. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(9): 2911-2920. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.19012014>
181. Sanz-Barbero B, Heras-Mosteiro J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit.* 2016; 30 (4): 272-278. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.004>
182. Antai D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? *BMC Womens Health.* 2011; 11 (56): 1-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-11-56>

183. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlf I, Escribà-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntima en España. *Gac Sanit.* 2009; 23(5): 410-414. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.02.007>
184. Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Talavera M. Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization. *J Women Aging.* 2013; 25(4): 358-371. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/08952841.2013.838854>
185. Yuen-Ha Wong J, Wai-Man Choi A, Yee-Tak Fong D, Kit-Shing Wong J, Chu-Leung L Lau, Chak-Wah K. Patterns, etiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Womens Health.* 2014; 14(6): 1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-14-6>
186. Abramsky T, Watts CH, García-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? finding from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health.* 2011; 11 (109): 1-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
187. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrel D, et al. Intimate partner violence; prevalence, types and chronicity in adult women. *Am J Prev Med.* 2006; 30 (6): 447-457.
188. Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL. Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 78(1): 39-47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.028>
189. Coker AL, Smith PA, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000; 90 (4): 553-559.
190. Bhandari M, Dosanjh S, Tornetta P, Matthews D. Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. *J Trauma.* 2006; 61 (6): 1473-1479. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ta.0000196419.36019.5a>
191. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sánchez LM, et al. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health.* 2009; 20 (2): 169-175. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckp143>

192. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, de Corral P. ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *Int J Clin Health Psychol*. 2008; 8(2): 355-382.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712001001>
193. Lown EA, Vega WA. Prevalence and Predictors of Physical Partner Abuse Among Mexican American Women. *Am J Public Health*. 2001; 91 (3): 441-445.
194. Raj A, Silverman JG. Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2003; 93 (3): 435-437.
195. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J, Montero-Pinar MI, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, et al. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gac Sanit*. 2009; 23 (1): 100-106.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.008>
196. Fernández-González L, Calvete E, Orue I. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Interven Psicosocial*. 2017; 26: 9-17.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.10.001>
197. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). *Gac Sanit*. 2008; 22(3): 232-5.
198. De Cristiano Espinar M, Camacho Buenosvinos A, Ávila Gerrero JL, Mata Jiménez A, Díaz J, Ojeda Gutiérrez R. Perfil sociodemográfico de la mujer víctima de violencia de género en el dispositivo de cuidados críticos y urgencias del distrito sanitario de Córdoba. *Rev enfer urg*. 2012; 3 (12): 19-26.
199. Flake DF. Individual, family and community risk makers for domestic violence in Perú. *VAW*. 2005; 11(3): 353-373.
Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801204272129>
200. Petridou E, Browne B, Lichter E, Dedoukou X, Alexe D, Dessypris N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Inj Prev*. 2002; 8: 197-201.
201. De Macedo Bernardino I, Santos LM, Porto Ferreira AV, Marqués de Almeida Lima TL, Marqués da Nóbrega L, D'Avila S. Intimate partner violence against

- women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Leg Med.* 2018; 4(31): 1-6.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2017.12.001>
202. Ballester Comins A, Ventura Álvarez M. Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de las mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Rev Esp Med Legal.* 2010; 36(2): 68-76.
 203. Tolman RM, Wang HC. Domestic violence and women`s employment: fixed effects models of three waves of women`s employment study data. *Am J Community Psychol.* 2005; 36 (1/2): 147-158.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-005-6239-0>
 204. Canaval Erazo GE, González MC, Sánchez MO. Perfil sociodemográfico de las mujeres que denuncian maltrato de pareja en la ciudad de Cali. *Inv Enf.* 2007; 9 (2): 159-176.
 205. Tu X, Lou C. Risk factors associated with current intimate partner violence at individual and relationship levels: a cross-sectional study among married rural migrant women in Shanghai, China. *BMJ Open.* 2017; 7: 1-9.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012264>
 206. García-Moreno C. Violence against women: International perspectives. *Am J Prev med.* 2000; 19(4): 330-333.
 207. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med.* 2013; 20: 1099-1107.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.09.015>
 208. Kamimura A, Ganta V, Thomas T. Intimate partner violence and physical and mental health among women utilizing community health services in Gujarat, India. *BMC Womens Health.* 2014; 14 (127): 1-11.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-14-127>
 209. Fontanil Y, Ezama E, Fernández R, Gil P, Herrero FJ, Paz D. Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema.* 2005; 17 (1): 90-95.
 210. Fiestas F, Rojas R, Gushjiken A, Gozzer E. ¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2012; 29(1): 44-52.
 211. Hines DA, Douglas EM. Alcohol and drug abuse in men who sustain intimate partner violence. *Aggress Behav.* 2012; 38 (1): 31-46.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ab.20418>

212. Bittencourt Madureira A, Lucia Raimondo M, Raimondo Ferraz MI, de Vargas Marcovicz G, Labronici LM, Mantovani MF. Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confronting the phenomenon. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4): 600-606. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140085>
213. Catalá-Miñana A, Lila M, Oliver A. Consumo de alcohol en hombres penados por violencia contra la pareja: factores individuales y contextuales. *Adicciones*. 2013; 25 (1): 19-28.
214. Llopis Giménez C, Rodríguez García MI, Hernández Mancha I. Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuad Med Forense*. 2014; 20(4): 151-169.
215. Nóbrega Mayorga M. Características de los agresores en la violencia hacia la pareja. *Liberabit*. 2012; 18 (1): 59-68.
216. Redondo Rodríguez N, Graña Gómez JL. Consumo de alcohol, sustancias ilegales y violencia hacia la pareja en una muestra de maltratadores en tratamiento psicológico. *Adicciones*. 2015; 27 (1): 27-36.
217. Banks L, Grandal C, Sklar D, Bauer M. A comparison of intimate partner homicide to intimate partner homicide suicide: one hundred and twenty-four New Mexico cases. *VAW*. 2008; 14: 1065-1078. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801208321983>
218. Fontanil Gómez Y, Méndez-Valdivia M, Cuesta Izquierdo M, López Muñoz C, Rodríguez Díaz FJ, Herrero FJ, et al. Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*. 2002; 14: 130-138.
219. Escribá-Agüir V, Barona-Viar C, Calvo-Mas C, Carpio-Gesta M, Fullana-Montoro A. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit*. 2006; 20(6): 510-512.
220. Delamou A, Sanamdari G, Camara BS, Traore P, Diallos FG, Millimono S, et al. Prevalence and correlates of intimate partner violence among family planning clients in Conakry, Guinea. *BMC Res Notes*. 2015; 8 (814): 1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-015-1811-7>

221. Savall F, Lechevalier A, Hérin F, Vergnault M, Norbert T, Bartoli C. A ten-year experience of physical intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. *J Forensic Leg Med.* 2017; 46: 12-15.
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.12.007>
222. Morais Caldas I, Grams AC, Afonso A, Magalhães T. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Sci Int.* 2012; 221: 102-105.
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.04.010>
223. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG.* 2003; 110: 272- 275.
Disponibile en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-0328\(03\)02926-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-0328(03)02926-4)
224. Sorenson SB. Guns in intimate partner violence: comparing incidents by type of weapon. *J Womens Health.* 2017; 26(3): 249-258.
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2016.5832>
225. Wilbur L, Higley M, Hatfield J, Surprenant Z, Taliaferro E, Smith DJ, et al. Survey results of women who have been strangled while in an abusive relationship. *J Emerg Med.* 2001; 21 (3): 297-302.
Disponibile en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0736-4679\(01\)00398-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0736-4679(01)00398-5)
226. Baker RB, Sommers MS. Physical injury from intimate partner violence: measurement strategies and challenges. *JOGNN.* 2008; 37: 228-233.
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00226.x>
227. Domínguez Fernández M. Aspectos medicolegais e criminolóxicos da violencia de xénero. Santiago de Compostela; 2018.
228. Trias Capella ME, Martín-Fumadó C, Taranilla Castro AM, Trias Capella R, Bernal Martí X, Rebollo-Soria MC. Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos. *Rev Esp Med Legal.* 2013; 39(1): 7-11.
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.08.003>
229. Hackenberg EAM, Sallinen V, Koljonen V, Handolin L. Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2017; 43 (3): 319-327.
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00068-016-0646-9>
230. Matteoli M, Piacentino D, Kotzalidis GD, Serata D, Rapinesi C, Angeletti G, et al. The clinical and radiological examination of acute intimate partner violence injuries: a retrospective analysis of an Italian cohort women. *Violence and Victims.* 2016; 31 (1): 85-102.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00107>

231. Cohen AR, Renner LM, Shriver EM. Intimate partner violence in ophthalmology: a global call to action. 2017; 28: 1-5.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ICU.0000000000000397>
232. Sarrión Ferre MT, Aracil Monllor C, Molina Gasset R, Gisbert Grifo M, Marín Rueda N, Barea Montoro A. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones generados en un servicio hospitalario de urgencias. *Emergencias*. 1995; 7 (5): 245-251.
233. Gerber MR, Tan AKW. Lifetime intimate partner violence exposure, attitudes and comfort among Canadian health professions students. *BMC Res Notes*. 2009; 2:191. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-2-191>
234. Carlson M, Kamimura A, Al-Obaydi A, Trinh HN, Franchek-Roa K. Background and clinical knowledge of intimate partner violence: a study of primary care residents and medical students at a United States Medical School. *Health Equity*. 2017; 1 (1): 77-82.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/heq.2017.0008>
235. Aluko OE, Beck KH, Howard DE. Medical students' beliefs about screening for intimate partner violence: a qualitative study. *Health Promot Pract*. 2015; 16 (4): 540-549. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1524839915571183>
236. López Francés I. La igualdad y la violencia de género: análisis comparado de las percepciones del alumnado de la Universidad de Valencia (España) y de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (México). Valencia; 2013.
237. Maquibar A, Vives-Cases C, Hurtigs AK, Goicolea I. Professionals' perception of intimate partner violence in young people: a qualitative study in northern Spain. *Reproductive Health*. 2017; 14 (86): 1-11.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0348-8>
238. Walker LE. *The Battered Woman*. Nueva York: Harper Row; 1979.
239. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. Análisis y modificación de conducta. 2005; 31(138): 451-478.
240. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*. 2008; 20(2): 193-198.

241. Expósito F, Ruiz S. Reeducción de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Interven Psicosocial*. 2010; 19 (2): 145-151. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/in2010v19n2a6>
242. Cunha O, Abrunhosa Gonçalves R. Intimate partner violence offender: Generating a data-based typology of batterers and implications for treatment. *Eur J Psychol Appl L*. 2013; 5(2): 131-139. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/ejpalc2013a2>
243. Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(3): 117-121.
244. Menéndez Álvarez-Dardet S, Pérez Padilla J, Lorence Lara B. La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Interven Psicosocial*. 2013 (22): 41-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a6>
245. Caravaca Sánchez F, García-Jarillo M, Sánchez-Alcaraz Martínez C, Luna Maldonado A. Estudio del consumo de sustancias psicoactivas y conflictividad familiar en sujetos condenados por delitos de violencia de género. *Cuad Med Forense*. 2014; 20 (2-3): 92-98.
246. Macías Seda J, Gil García E, Rodríguez Vázquez MA, González López JR, González Rodríguez MM, Soler Castells AM. Creencias y actitudes del alumnado de enfermería. *Index Enferm*. 2012; 21 (1-2): 1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100003>
247. Sierra JC, Paz Bermúdez MP, Bucla-Casal G, Salinas JM, Monge FS. Variables asociadas a la experiencia de abuso en la pareja y su denuncia en una muestra de mujeres. *Univ Psychol*. 2014; 13 (1): 37-46.
248. Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *J Epidemiol Community*. 2012; 66 (4): 352-358.
249. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 2017; 31 (5): 410-415. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>

250. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La atención primaria frente a la violencia de género; necesidades y propuestas. Madrid; 2015.
251. Paulin Baraldi AC, de Almeida AM, Perdoná G, Meloni Vieira E, dos Santos MA. Perception and attitudes of physicians and nurses about violence against women. *Nurs Res Pract.* 2013; 785025.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/785025>
252. Lozano Alcaraz C, Pina Roche F, Torrecilla Hernández M, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD, Ortuño Esparza A. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4 (1): 217-226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211010>
253. Arredondo Provecho AB, del Pliego Pilo G, Gallardo Pino C. Violencia de pareja hacia la mujer y profesionales de la salud especializados. *An Psicol.* 2018; 34 (2): 349-359.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.2.294441>
254. Rodríguez MA, McLoughlin E, Nah G, Campbell JC. Mandatory reporting of domestic violence injuries to the police. What do emergency department patients think? *JAMA.* 2001; 286 (5): 580-583.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.5.580>
255. Vázquez-Portomeñe F. Las víctimas ante el proceso penal. En: Rodríguez-Calvo MS, Vázquez-Portomeñe Seijas F, editores. Estudio empírico sobre la violencia de género: un análisis médico-legal, jurídico-penal y criminológico de 580 casos. Valencia: Tirant lo Blanch; 2014. p. 121-144.
256. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M, editores. Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Triacastela; 2011. p. 101-154.

8. *Anexos*





ANEXO I: Cuestionario para el alumnado universitario



FACULTAD DE MEDICINA
E ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CIENCIAS FORENSES

Rúa San Francisco, s/n

15782 Santiago de Compostela

Tel. 881812216 - Fax 881812459

ENCUESTA SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA

La siguiente encuesta tiene como finalidad evaluar la visión y conocimientos de los estudiantes de la USC sobre la violencia de pareja. Es totalmente confidencial y voluntaria, por lo que rogamos máxima sinceridad.

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Edad:

Titulación:

La violencia contra la mujer puede tener múltiples manifestaciones, en el contexto de esta encuesta nos referimos a la **violencia de pareja contra la mujer** que se define como la violencia física, sexual y/o psicológica llevada a cabo por parte del que es o ha sido compañero sentimental de la víctima. Teniendo esto en cuenta, conteste a las siguientes cuestiones:

1. ¿Has tenido o tienes a lo largo de la carrera alguna asignatura que trate la violencia de pareja? Sí ☐ No ☐

¿Eran obligatorias? Sí ☐ No ☐

¿Crees que los profesionales sanitarios deberían tener formación obligatoria a cerca de este tema? Sí ☐ No ☐

2. Enumera del 1 al 5, dentro del círculo, los siguientes tipos de violencia, siendo el 1 el que menos te preocupa y el 5 el que más.

- a) Violencia contra la mujer ☐
- b) Violencia contra los niños ☐
- c) Violencia contra los ancianos ☐
- d) Violencia contra los discapacitados ☐
- e) Violencia entre adolescentes ☐

3. ¿Consideras la violencia de pareja un problema importante en nuestro país?

Sí ☐ No ☐

4. En el ámbito de la violencia de pareja, ¿Qué tipo de maltrato crees que es el más común?

- a) Físico
- b) Sexual
- c) Psicológico
- d) Físico y psicológico
- e) Otros

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones, siendo el 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo:

	Totalmente en desacuerdo		Neutral		Totalmente de acuerdo
5. Es más aceptable la violencia que se da entre personas conocidas que la que se da entre personas extrañas	1	2	3	4	5
6. La violencia de pareja sí es aceptable en algunas circunstancias	1	2	3	4	5
7. El hecho de maltratar a la pareja puede ser un hecho puntual que no tiene por qué repetirse	1	2	3	4	5
8. La mayor parte de los agresores después de un suceso de violencia de pareja se arrepienten de lo sucedido	1	2	3	4	5
9. Los hombres que maltratan suelen tener problemas con el alcohol u otras drogas	1	2	3	4	5
10. La mayoría de los maltratadores tienen un problema psicológico	1	2	3	4	5
11. La mayoría de los maltratadores tienen historial delictivo	1	2	3	4	5
12. Cualquier hombre puede ser un maltratador	1	2	3	4	5
13. Las personas que maltratan a sus parejas se pueden reconocer fácilmente ya que son agresivas en otros aspectos de sus vidas	1	2	3	4	5
14. La agresión es considerada menos grave si ha sido provocada por la víctima	1	2	3	4	5
15. Cualquier mujer puede ser víctima de maltrato	1	2	3	4	5
16. Las mujeres maltratadas tienen frecuentemente un carácter pasivo	1	2	3	4	5
17. La mayoría de las mujeres maltratadas presentan un nivel educativo, económico o social bajo	1	2	3	4	5
18. Es frecuente que las víctimas de maltrato se sientan culpables	1	2	3	4	5

19. ¿Cuál piensas que es el motivo por el cual las víctimas siguen con sus parejas y no denuncian? Enumera de 1 a 5, dentro de los círculos, siendo el 1 el menos habitual y el 5 el más habitual:

- a) Miedo a represalias por parte del agresor ☐
- b) Para proteger al agresor ☐
- c) Por dependencia del agresor ☐
- d) Para proteger a los hijos ☐
- e) Por la influencia de la sociedad ☐

20. ¿Quiénes crees que son los más perjudicados en la violencia de pareja?

- a) Las víctimas
- b) Los agresores
- c) Los hijos
- d) Los abuelos
- e) Toda la familia

21. ¿Conoces los servicios de ayuda que existen para las mujeres maltratadas?

Si ☐ No ☐

22. ¿Crees que las víctimas cuentan con suficiente apoyo e información cuando deciden denunciar a su agresor?

Si ☐ No ☐

23. ¿Consideras que la violencia de pareja es un asunto privado?

Si ☐ No ☐

24. ¿Piensas que el personal sanitario debe denunciar los casos de violencia de pareja que se encuentre?

Si ☐ No ☐

25. ¿Denunciarías un caso de violencia de pareja aunque la víctima te pidiera que no lo hicieras?

Si ☐ No ☐



ANEXO II: Cuestionario para los/las profesionales sanitarios/as



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CIENCIAS FORENSES
Rúa San Francisco, s/n
15782 Santiago de Compostela
Tel. 881812216 - Fax 881812459

ENCUESTA SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA

La siguiente encuesta tiene como finalidad evaluar la visión y conocimientos del personal sanitario sobre la violencia de pareja. Es totalmente confidencial y voluntaria, por lo que rogamos máxima sinceridad.

Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Edad: _____	Servicio: _____
<input type="checkbox"/> Medico/a adjunto	<input type="checkbox"/> Medico/a Residente	
<input type="checkbox"/> Enfermero/a	<input type="checkbox"/> Enfermero/a Residente	

La violencia de pareja contra la mujer se define como la violencia física, sexual y/o psicológica llevada a cabo por parte del que es o ha sido compañero sentimental de la víctima

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando la casilla de "Sí" o "No"

	Si	No
1. ¿Considera que la violencia de pareja es un problema de salud ?		
2. ¿Lo considera un problema frecuente en nuestro país?		
3. ¿Es frecuente en su servicio?		
4. ¿Ha detectado algún caso de violencia de pareja en su practica profesional?		
5. ¿Considera que los profesionales sanitarios tienen la obligación de emitir el parte de lesiones ante la sospecha de maltrato?		
6. ¿Ha emitido alguna vez un parte de lesiones?		
7. ¿Conoce la existencia del " Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género "?		
8. ¿Está familiarizado con éste protocolo?		
9. ¿Ha tenido alguna formación sobre violencia de pareja?		
<i>En caso afirmativo, ¿cuándo?</i>		
a) Durante la carrera		
b) Durante la residencia		
c) En cursos posteriores		
10. ¿Cree que su formación es adecuada para atender a víctimas de violencia de pareja?		

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones, siendo el 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo:

	<i>Totalmente en desacuerdo</i>		<i>Neutral</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	
11. El personal sanitario juega un papel importante en la detección de la violencia de pareja	1	2	3	4	5
12. Se debe preguntar a todas las mujeres si sufren algún tipo de maltrato	1	2	3	4	5
13. Solo debemos preguntar sobre la existencia de maltrato cuando exista una sospecha	1	2	3	4	5
14. El personal sanitario conoce los signos y síntomas del maltrato	1	2	3	4	5
15. La ausencia de hallazgos físicos descarta el maltrato	1	2	3	4	5
16. Sería conveniente una mejor formación para afrontar la violencia de pareja	1	2	3	4	5
17. Los profesionales sanitarios tienen información de los servicios de apoyo a las víctimas	1	2	3	4	5
18. Existe una buena coordinación entre los diferentes recursos de apoyo	1	2	3	4	5
<i>Ante una sospecha fundada de maltrato:</i>					
19. Se debe emitir en todos los casos un parte de lesiones	1	2	3	4	5
20. Sólo se debe emitir un parte de lesiones si hay lesiones físicas	1	2	3	4	5
21. En caso de maltrato psicológico no es necesario emitir un parte de lesiones	1	2	3	4	5
22. Sólo se debe emitir un parte de lesiones si existe consentimiento previo de la paciente	1	2	3	4	5
23. Si la paciente niega el maltrato, no debemos emitir un parte de lesiones	1	2	3	4	5
24. En caso de emitir un parte de lesiones, debo informar a la paciente	1	2	3	4	5
25. La sospecha de maltrato debe constar en la historia clínica	1	2	3	4	5

Ordene los siguientes factores del 1 (menos importante) al 6 (más importante) en orden de importancia:

El cuadro siguiente muestra un ejemplo:

¿Qué factores considera usted que dificultan la denuncia?					
Miedo a represalias	Aislamiento social	Sentimiento de culpa	Desconocimiento de ayudas	Vergüenza	No conciencia del problema
4	3	1	5	2	6

Siguiendo el ejemplo, complete las siguientes cuestiones:

¿Qué factores considera usted que dificultan preguntar sobre el maltrato?					
Tiempo insuficiente	Ausencia de privacidad	Escasa formación	Temor a ofender a la paciente	Considerarlo un asunto privado	Riesgo para la integridad de la paciente
¿Quién considera que denuncia con más frecuencia el maltrato?					
Médicos	Enfermeros	Víctimas	Familiares	Amigos	Otros



ANEXO III: Aprobación del estudio por el Comité de Ética



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Secretaría Técnica CAEI Galicia
Secretaría Xeral
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 546425 Fax: 881 541804
ceic@sergas.es



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE SANTIAGO-LUGO

Carlos Rodríguez Moreno, Presidente/a del Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 16/12/2015 el estudio:

Título: O parte de lesións en casos de violencia de parella contra a muller: aspectos éticos e médico-legais

Promotor: María Sol Rodríguez Calvo, Marta Medrano Varela

Tipo de estudio: Outros

Version:

Código del Promotor:

Código de Registro: 2015/553

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, y el la Circular nº 07 / 2004, investigaciones clínicas con productos sanitarios.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio por el/la investigador/a del centro:

Centros	Investigadores Principales
Universidade de Santiago	María Sol Rodríguez Calvo, Marta Medrano Varela

En Santiago de Compostela, a
El/La Presidente/a 22/12/2015

NOMBRE
RODRIGUEZ
MORENO CARLOS
- NIF 05614327G

Firmado digitalmente por NOMBRE
RODRIGUEZ MORENO CARLOS - NIF
05614327G
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES, o=FNMT, ou=FNMT Clase 2 CA,
ou=501090161, cn=NOMBRE
RODRIGUEZ MORENO CARLOS - NIF
05614327G
Fecha: 2015.12.22 12:58:59 +0100'



Índices de Figuras *y Tablas*





ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Tipos de violencia interpersonal hacia las mujeres.....	25
Figura 1.2. Mapa mundial sobre la prevalencia de la VG	59
Figura 1.3. Tasa de víctimas de VG por cada 10.000 mujeres durante 2018.....	62
Figura 1.4. Nº de víctimas mortales a manos de sus parejas o ex- parejas en España y Galicia entre 2003 y 2018.....	62
Figura 1.5. Esquema de atención a las víctimas de VG	77
Figura 1.6. Algoritmo de actuación sanitaria ante la VG	86
Figura 4.1. Distribución del número de documentos por año	151
Figura 4.2. Distribución del número de documentos por lugar de procedencia	152
Figura 4.3. Distribución de los documentos analizados (N=474)	169
Figura 4.4. Distribución de la calidad según el baremo de <i>García Minguito et al. (2012)</i> ¹²⁸ y el tipo de documento (%)	209
Figura 4.5. Distribución de la calidad según el baremo de <i>García Minguito et al. (2012)</i> ¹²⁸ y el servicio asistencial (atención primaria vs hospitalaria) (%)	210
Figura 4.6. Distribución de la calidad según el baremo propio y el tipo de documento (%)	213
Figura 4.7. Distribución de la calidad según el baremo propio y el servicio asistencial (atención primaria vs hospitalaria) (%)	214



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Consecuencias de la VG en la salud de las mujeres.....	65
Tabla 1.2. Signos y síntomas asociados con VG.....	80
Tabla 1.3. Recomendaciones ante la sospecha de VG	81
Tabla 1.4. Recomendaciones cuándo se conoce la VG	82
Tabla 1.5. Recomendaciones para la intervención ante casos de VG	83
Tabla 1.6. Factores de riesgo/peligro extremo ante la VG	86
Tabla 1.7. Datos que deben aparecer en un PL ante un caso de VG	93
Tabla 3.1. Datos a valorar en la cumplimentación de los documentos	134
Tabla 3.2. Variables de ambos baremos.....	138
Tabla 4.1. Características sociodemográficas de las mujeres.....	153
Tabla 4.2. Estado de salud de las mujeres	155
Tabla 4.3. Datos de los presuntos agresores.....	156
Tabla 4.4. Lugar y hora del incidente.....	157
Tabla 4.5. Tipo de violencia y mecanismo de producción de las lesiones	158
Tabla 4.6. Otros agredidos y testigos	159
Tabla 4.7. Descripción de las lesiones físicas	161
Tabla 4.8. Estado psicológico de la mujer en el momento de la asistencia.....	162
Tabla 4.9. Momento y servicio en que se realizó la asistencia sanitaria ...	163
Tabla 4.10. Abordaje clínico y pronóstico	164
Tabla 4.11. Antecedentes de VG.....	166
Tabla 4.12. Actitud de la mujer y valoración de riesgo.....	167
Tabla 4.13. Datos médico-legales obtenidos de los informes forenses	168
Tabla 4.14. Número de documentos según la estructura asistencial que los ha emitido.....	170
Tabla 4.15. Apartados cumplimentados en los documentos analizados.....	172
Tabla 4.16. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor (partes vs informes).....	176
Tabla 4.17. Datos del incidente (partes vs informes)	179
Tabla 4.18. Datos de las lesiones (partes vs informes).....	180
Tabla 4.19. Datos de la primera atención sanitaria (partes vs informes)...	181

Tabla 4.20. Antecedentes de violencia de género (partes vs informes).....	182
Tabla 4.21. Otros datos relevantes (partes vs informes).....	183
Tabla 4.22. Datos sobre la legibilidad de los documentos (partes vs informes).....	184
Tabla 4.23. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor (at. primaria vs hospitalaria).....	187
Tabla 4.24. Datos del incidente (at. primaria vs hospitalaria).....	190
Tabla 4.25. Datos de las lesiones (at. primaria vs hospitalaria).....	191
Tabla 4.26. Datos de la primera atención sanitaria (at. primaria vs hospitalaria).....	193
Tabla 4.27. Antecedentes de violencia de género (at. primaria vs hospitalaria).....	194
Tabla 4.28. Otros datos relevantes (at. primaria vs hospitalaria).....	195
Tabla 4.29. Datos sobre la legibilidad de los documentos (at. primaria vs hospitalaria).....	196
Tabla 4.30. Datos del facultativo, paciente y presunto agresor (at. urgente vs programada).....	198
Tabla 4.31. Datos del incidente (at. urgente vs programada).....	200
Tabla 4.32. Datos de las lesiones (at. urgente vs programada).....	202
Tabla 4.33. Datos de la primera atención sanitaria (at. urgente vs programada).....	203
Tabla 4.34. Antecedentes de violencia de género (at. urgente vs programada).....	204
Tabla 4.35. Otros datos relevantes (at. urgente vs programada).....	205
Tabla 4.36. Datos sobre la legibilidad de los documentos (at. urgente vs programada).....	206
Tabla 4.37. Aplicación del baremo de <i>García Minguito et al. (2012)</i>	207
Tabla 4.38. Calidad de los documentos según el baremo de <i>García Minguito et al. (2012)</i>	208
Tabla 4.39. Calidad según el baremo de <i>García Minguito et al. (2012)</i> y el tipo de documento.....	208
Tabla 4.40. Calidad según el baremo de <i>García Minguito et al. (2012)</i> y el servicio asistencial (at. primaria vs hospitalaria).....	209
Tabla 4.41. Calidad según el baremo de <i>García Minguito et al. (2012)</i> y el servicio asistencial (at. urgente vs programada).....	210

Tabla 4.42. Aplicación del baremo propio	211
Tabla 4.43. Calidad de los documentos siguiendo el baremo propio	212
Tabla 4.44. Calidad según el baremo propio y el tipo de documento	212
Tabla 4.45. Calidad según el baremo propio y el servicio asistencial (at. primaria vs hospitalaria)	213
Tabla 4.46. Calidad según el baremo propio y el servicio asistencial (at. urgente vs programada).....	214
Tabla 4.47. Características del alumnado.....	215
Tabla 4.48. Características del alumnado en función del sexo.....	216
Tabla 4.49. Edad del alumnado en función de la titulación	216
Tabla 4.50. Formación sobre VG	217
Tabla 4.51. Formación sobre VG según el sexo.....	217
Tabla 4.52. Formación sobre VG según la titulación.....	218
Tabla 4.53. Importancia de la VG	220
Tabla 4.54. Importancia de las formas de violencia según el sexo	221
Tabla 4.55. Importancia de las formas de violencia según la titulación....	221
Tabla 4.56. Importancia de las formas de violencia según la formación ..	222
Tabla 4.57. Importancia de la VG según el sexo.....	223
Tabla 4.58. Importancia de la VG según la titulación	224
Tabla 4.59. Importancia de la VG según la formación.....	224
Tabla 4.60. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas.....	226
Tabla 4.61. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según el sexo ..	229
Tabla 4.62. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según la titulación	232
Tabla 4.63. Opiniones sobre la VG, agresores y víctimas según la formación.....	234
Tabla 4.64. Denuncias y servicios de apoyo e información	236
Tabla 4.65. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor según el sexo	238
Tabla 4.66. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor según la titulación	239
Tabla 4.67. Motivos por los que la víctima continúa con el agresor según la formación.....	239
Tabla 4.68. Denuncias y servicios de apoyo e información según el sexo	240

Tabla 4.69. Denuncias y servicios de apoyo e información según la titulación.....	241
Tabla 4.70. Denuncias y servicios de apoyo e información según la formación	242
Tabla 4.71. Características de los/las profesionales sanitarios/as	243
Tabla 4.72. Características de los/las profesionales según el sexo	244
Tabla 4.73. Características de los/las profesionales según la profesión	245
Tabla 4.74. Edad de los/las profesionales según el servicio	245
Tabla 4.75. Características de los/las profesionales según la formación ...	246
Tabla 4.76. Opiniones y experiencia profesional en VG	247
Tabla 4.77. Opiniones y experiencia profesional según el sexo	249
Tabla 4.78. Opiniones y experiencia profesional según la profesión	251
Tabla 4.79. Opiniones y experiencia profesional según el servicio.....	252
Tabla 4.80. Opiniones y experiencia profesional según la formación.....	253
Tabla 4.81. Actitudes ante la sospecha de VG	255
Tabla 4.82. Actitudes ante la sospecha de VG según el sexo	258
Tabla 4.83. Actitudes ante la sospecha de VG según la profesión	261
Tabla 4.84. Actitudes ante la sospecha de VG según el servicio.....	263
Tabla 4.85. Actitudes ante la sospecha de VG según la formación.....	265
Tabla 4.86. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia	267
Tabla 4.87. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según el sexo	269
Tabla 4.88. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según la profesión	269
Tabla 4.89. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según el servicio.....	270
Tabla 4.90. Factores que dificultan preguntar por el maltrato y colectivo que más denuncia según la formación	270



Los objetivos del presente estudio han sido analizar la calidad de los partes de lesiones, así como conocer las opiniones y actitudes del alumnado universitario y los/las profesionales sanitarios/as sobre la violencia de género. Se realizó un estudio retrospectivo de partes de lesiones y un estudio por encuesta sobre este tipo de maltrato. Los resultados muestran que la mayoría de los documentos son de calidad media. Los elaborados en atención primaria fueron los mejor cumplimentados. Los/las profesionales sanitarios/as refirieron menor formación y conocimiento que el alumnado. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de mejorar la formación y sensibilización en violencia de género, para responder de forma adecuada y mejorar la atención sanitaria.